



Fuente: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ankyloglossia_1.jpg

SUMARIO

Editorial

Originales

- Relación entre la dermatitis atópica en la infancia y tipo de lactancia
- Náuseas en el embarazo. ¿Es lo natural la solución?
- Insomnio y menopausia: abordaje terapéutico y factores influyentes del insomnio en esta etapa

Revisiones

- Alimentación complementaria autorregulada por el bebé (BLW)
- Anquiloglosia. Realización de frenotomías por matronas a debate. ¿Prohibición o limbo jurídico?

Artículo especial

La historia no contada del tratamiento del frenillo: duelo entre cirujanos y matronas

Echando la vista atrás

Marketing y Matronas. Campaña Ponga una matrona en su vida. Tu salud es lo nuestro (2004)

Entrevista

Entrevista a Teresa Cabrera Sanz, una matrona promotora y participe del cambio en la obstetricia moderna

Agenda

- Congreso trienal de la ICM
- Consejo Internacional de la ICM
- La AEM solicita a la ANECA el reconocimiento de la formación de profesores que imparten materias teóricas
- La AEM se une a la alianza de América Latina y Brasil por la defensa de las matronas de Perú
- Manifiesto de la AEM. 14 de julio de 2021. Violencia obstétrica
- XX Congreso Nacional de Matronas (presencial-virtual)



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. 9 - nº 2 septiembre-noviembre 2021

Editorial

4

Originales

Relación entre la dermatitis atópica en la infancia y tipo de lactancia	6
Leila Mirella Casado Fernández, María Dolores Pozo Cano, Encarnación Martínez García, María Gázquez López	
Náuseas en el embarazo. ¿Es lo natural la solución?	15
Ignacio Brunel García	
Insomnio y menopausia: abordaje terapéutico y factores influyentes del insomnio en esta etapa	22
Marta María Ortega García, M ^a Dolores Pozo Cano, Encarnación Martínez García, Adelina Martín Salvador	

Revisiones

Alimentación complementaria autorregulada por el bebé (BLW)	32
Marina Escofet Peris, Olga Manalbens Sants	
Anquiloglosia. Realización de frenotomías por matronas a debate. ¿Prohibición o limbo jurídico?	39
Rosa M ^a Plata Quintanilla, M ^a Ángeles Rodríguez Rozalén	

Artículo especial

La historia no contada del tratamiento del frenillo: duelo entre cirujanos y matronas	47
Rosa M ^a Plata Quintanilla	

Echando la vista atrás

Marketing y Matronas. Campaña Ponga una matrona en su vida. Tu salud es lo nuestro (2004)	59
---	----

Entrevista

Entrevista a Teresa Cabrera Sanz, una matrona promotora y partícipe del cambio en la obstetricia moderna	62
Maribel Castelló López	

Agenda

Congreso trienal de la ICM	69
Consejo Internacional de la ICM	71
La AEM solicita a la ANECA el reconocimiento de la formación de profesores que imparten materias teóricas	72
La AEM se une a la alianza de América Latina y Brasil por la defensa de las matronas de Perú	73
Manifiesto de la AEM. 14 de julio de 2021. Violencia obstétrica	74
XX Congreso Nacional de Matronas (presencial-virtual)	77
Programa provisional del XX Congreso Nacional de Matronas	78

Editorial

Decisiones políticas ignorantes, incoherentes, arbitrarias y esclavas de intereses partidistas

Apenas hace un mes la sufrida Enfermería española, en la que se incluyen las matronas, nos despertábamos con un agujonazo más en nuestro cuerpo (profesional).

El Ministro de Universidades del momento anunciaba la elaboración de un nuevo Real Decreto para ordenar las enseñanzas oficiales, lo que no sería el mayor problema tan acostumbrados como estamos los españoles a los cambios en todos los ámbitos, incluido el educativo; sin embargo, la alarma salta en el colectivo cuando nos apercebimos de que el cambio propuesto relega a una "disciplina menor" el ámbito de la Enfermería.

En la redacción preliminar del Real Decreto, el Ministerio de Universidades expresa su intención de hacer desaparecer las cinco ramas del conocimiento actuales (Artes y Humanidades, Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas e Ingeniería y Arquitectura) para establecer 28 ámbitos de conocimiento entre los que no figura la Enfermería.

Hay que recordar que en 2013, el instituto de Estudios de la UNESCO, como garante en desarrollo, mantenimiento, actualización y revisión de la clasificación CINE (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación), lanzó el manual Campos de Educación y Capacitación en el que, dentro del área específica de Salud, se englobaban siete campos detallados en los que se incluía la Enfermería y la Partería. Quiero puntualizar la importancia para las matronas de la diferenciación al nombrar separadas y conjuntamente Enfermería y Partería como apunta la Unesco, aunque la formación y capacitación de las matronas como enfermeras especialistas en Enfermería obstétrica ginecológica (como en el caso de España) no se ve reflejada en la denominación Partería, puesto que limita la acción de las matronas a la atención a la mujer en el embarazo, parto y post-parto y niño sano, dejando fuera el resto de la atención prestada en salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo de la vida.

La clasificación de los campos de educación y formación de la Unesco sigue un enfoque de contenido temático. De hecho afirmaban en el documento mencionado que "dos programas o certificaciones pertenecen al mismo campo si los contenidos principales estudiados son los mismos o son lo suficientemente similares", por lo que la institución hubo de precisar el porqué en este caso Enfermería y Partería se clasificaba con el código 0913 y Medicina con el 0912, explicando: "Aunque se encuentran estrechamente relacio-

nadas, existen diferencias en el contenido temático, especialmente en el propósito del aprendizaje (se espera que los médicos y enfermeras adquieran y apliquen conocimientos, habilidades y competencias diferentes), los métodos y las técnicas e incluso en los instrumentos y los equipos". Este fue un gran paso para la Enfermería y Partería porque nos liberaba de unas desproporcionadas y desmesuradas exigencias impuestas al incluirnos en el campo de las ciencias biomédicas, que al no contemplar nuestra especificidad, y aplicarnos los mismos criterios que a otras disciplinas de la salud con mayor trayectoria investigadora y divulgativa, indudablemente nos dificultaba alcanzar los estándares propuestos, véase por ejemplo las exigencias en sexenios de investigación.

Por otra parte, Enfermería y Matronas tienen una regulación específica por Directiva Europea, se cursan al dictado de respectivos programas formativos contemplados en sendas Órdenes Ministeriales para cada una de las disciplinas. Anualmente se gradúan más de 11.000 profesionales en Enfermería, a pesar de lo cual, cierto es que por motivos crematísticos y de organización de Recursos Humanos más que censurables, nuestro país tiene una media muy inferior a la media de la Unión Europea (UE) de enfermeras y matronas frente a la de médicos que supera la media europea.

Todas estas alegaciones, a juicio de la profesión en general y la propia representación profesional, el Consejo General de Enfermería (CGE) justificaría estar dentro de esos 28 ámbitos del conocimiento determinados por el *International Standard Classification of Education* (ISCED, 2013) de la UNESCO que ahora toma el Ministerio como referente para la reforma propuesta, aunque excluyendo algunos de ellos.

Se han levantado protestas encendidas contra este proyecto de Real Decreto de Enseñanzas como es razonable y sí, es lícito defender el espacio de la Enfermería y la Partería bien legitimados y demostrado su "especial interés público, que repercute directamente sobre la salud y la seguridad de las personas".

A mí particularmente me asusta la desvergüenza, la falta de consideración hacia dos profesiones tan necesarias como desarrolladas al unisono con las demandas sociales, con corpus de conocimiento propios y en constante evolución a pesar de las zancadillas históricas que de siempre, primero las matronas y luego la Enfermería, han encontrado en el camino. Y es que no hay mejor arma de "contención" que

recortar las alas del saber y eso es un hecho que la Enfermería ha sufrido, y en particular las matronas, para quedar subordinadas y a las órdenes de los médicos que más mandan y más importantes se creen por su saber, aunque paradójicamente sienten cada vez más amenazada su creída imprescindible dentro del equipo sanitario, hasta el extremo de perseguir el mantenimiento del control de la formación y desarrollo de competencias (y lo vienen consiguiendo) de otras profesiones, tal es el caso. ¡Siempre al acecho de quienes les puedan hacer sombra! ¡Qué difícil que entiendan el trabajo en equipo los médicos!

Pocos aplausos me conmovieron durante la pandemia porque sabía, como ya he expresado en tantas ocasiones, que sentidos eran los de unos pocos, los de los mismos que sin pandemia reconocen el meritorio trabajo de matronas y enfermeras; para muchos fue pura distracción y para nuestros empleadores, los responsables de nuestra salud y seguridad en el trabajo, derecho fundamental de cualquier trabajador, "tras enviarnos y mantenernos en el frente sin munición y a pecho descubierto", no puedo decir otra cosa que lo suyo... ¡fue puro teatro!

En muchas ocasiones he reclamado gratitud para las enfermeras y matronas por su actuación en esta pandemia, porque el esfuerzo realizado por ellas en este periodo ha ido, de forma generalizada, más allá del deber. Pero este no sería mérito suficiente, sin embargo, para que a la Enfermería y la Partería se le otorgue en este proyecto un ámbito propio

de conocimiento y no se les relegue a "una disciplina menor" como proponen; y es que, insisto, sobran méritos para ello y esto es lo que debería contar. La Enfermería, y las matronas en particular, no queremos las migajas que caen de la mesa del rico Epulón ni admitiremos ser plato de segunda mesa, queremos nuestro puesto en la mesa de la salud por nuestros méritos.

Enfermeras y matronas lucharemos porque se nos otorgue la dignidad que merecemos, espero que el Sr. Castells y todo su gabinete no olvide que la Enfermería es el motor de la salud y este es el bien máspreciado de una sociedad.

No nos engañen ni maltraten más, basta de ultrajes, la Enfermería está cansada, ahora exhausta, pero este proyecto que "nos desprecia" puede ser el acicate que nos de alas para volar... ¡y acaso volemós muy lejos siguiendo la estela de los tantos que ya levantaron el vuelo y plantaron su nido en otros países!

"Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios" decía la Organización Mundial de la Salud (OMS), y estos no son solo los médicos, puntualizo yo.

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

Relación entre la dermatitis atópica en la infancia y tipo de lactancia

¹ Leila Mirella Casado Fernández
² María Dolores Pozo Cano
³ Encarnación Martínez García
⁴ María Gázquez López

¹ Enfermera. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada.

E-mail: pozocano@ugr.es

² Matrona. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

³ Matrona. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital de Guadix (Agencia Pública Hospital de Poniente).

⁴ Enfermera. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

Fecha de recepción: 5 de mayo de 2021.

Fecha de aceptación: 15 de julio de 2021.

Cómo citar este artículo:

Casado Fernández LM, Pozo Cano MD, Martínez García E, Gázquez López M. Relación entre la dermatitis atópica en la infancia y tipo de lactancia. *Matronas Hoy* 2021; 9(2):6-14.

Resumen

Introducción: la composición específica de la leche materna ayuda al lactante a construir una microbiota intestinal inicial, contribuyendo en el buen desarrollo del sistema inmune y reduciendo así futuras enfermedades alérgicas. En los últimos años la prevalencia de la dermatitis atópica ha aumentado considerablemente en la infancia asociándose a factores genéticos, ambientales y hábitos de vida.

Objetivos: evaluar la relación entre el tipo de lactancia y la dermatitis atópica, e identificar los factores de riesgo que desencadenan la dermatitis atópica en el niño.

Metodología: revisión de la literatura científica de los últimos 10 años en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cinahl y Google Académico; se seleccionaron 20 artículos.

Resultados: la mayoría de los artículos indican que la lactancia materna exclusiva junto con la lactancia artificial adaptada con pre/probióticos ayudan al recién nacido a tener menor riesgo de padecer dermatitis. Una interrupción de lactancia materna antes de los tres meses puede interferir en el desarrollo de esta enfermedad. Los factores de riesgo que desencadenan la dermatitis son los antecedentes familiares de atopía, el momento de la introducción de la alimentación complementaria, la composición inmunológica de la leche materna y los determinantes ambientales (el tabaquismo, la limpieza excesiva, la contaminación y vivir en zonas urbanas...).

Conclusiones: la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses y la lactancia artificial adaptada con pre/probióticos protegen al bebé frente a la dermatitis atópica. El consumo materno de probióticos durante la gestación y lactancia ayudan al lactante a ser menos susceptible a desarrollar esta enfermedad. Los factores de riesgo más influyentes son los genéticos, ambientales y estilos de vida.

Palabras clave: lactancia materna; destete; biberón; dermatitis atópica; matronas.

Abstract

Relationship between atopic dermatitis in childhood and type of breastfeeding

Introduction: the specific composition of breast milk helps infants to build an initial intestinal microbiota, contributing to the good development of the immune system and thus reducing future allergic conditions. In recent years, there has been a significant increase in the prevalence of atopic dermatitis in childhood, associated with genetic and environmental factors, and lifestyle.

Objectives: to evaluate the association between type of breastfeeding and atopic dermatitis, and to identify the risk factors triggering atopic dermatitis in children.

Methodology: a review of the scientific literature of the past 10 years, in the Pubmed, Cuiden, Cinahl and Academic Google databases; 20 articles were selected.

Results: most articles state that exclusive breastfeeding together with artificial feeding adapted with pre/probiotics helps newborns to reduce their risk of dermatitis. Breastfeeding interruption before the three months of life might have an impact on the development of this condition. The risk factors triggering dermatitis are: family history of atopy, the time of introduction of complementary feeding, the immunological composition of maternal milk, and environmental factors (smoking, excessive cleaning, contamination, and living in urban areas).

Conclusions: exclusive maternal breastfeeding during the first three months of life, and artificial feeding adapted with pre/probiotics, will protect the baby against atopic dermatitis. The ingestion of probiotics by the mother during pregnancy and breastfeeding will help the infant to be less susceptible to developing this condition. The most impactful risk factors are genetic and environmental, as well as lifestyle.

Key words: maternal breastfeeding; weaning; feeding bottle, atopic dermatitis, midwives.

Introducción

Tras el nacimiento, la lactancia materna (LM) se ha convertido en la forma de alimentación natural del recién nacido, aportando múltiples beneficios tanto a la madre como al lactante¹. Este hábito ha estado ligado desde la antigüedad a la supervivencia de la especie humana, pues todos los mamíferos necesitan de la leche materna para su supervivencia y lo mismo sucede con los recién nacidos humanos (RN) que precisan ser amamantados por su madre².

Sin embargo, a finales del siglo XIX, con la Revolución Industrial, se comienza a desarrollar la industria química y farmacéutica, creando un alimento sustitutivo de la leche humana: "la leche maternizada". Con la llegada de la Segunda Guerra Mundial fue cuando la LM fue abandonándose, coincidiendo con la incorporación de la mujer a la vida laboral y el desarrollo de las fórmulas adaptadas².

Esta moda de abandono y de uso de leche de fórmula se extendió desde EE.UU. hasta Europa y el Tercer Mundo. A consecuencia de ello comenzó a aumentar la morbimortalidad infantil por infecciones y trastornos hidroelectrolíticos debido a la mala preparación de los biberones y por la pérdida de defensas naturales que proporciona la LM. Ante esta situación se despertó una alarma sanitaria encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que comenzó a realizar campañas de promoción de la LM, consiguiendo a finales de los 70 un incremento en su prevalencia. A partir de ese momento empezó a recuperarse este hábito².

Actualmente la práctica del amamantamiento es insuficiente en nuestro medio, normalmente se prolonga de forma exclusiva alrededor de los 4 meses, a lo que se podría añadir el desconocimiento de las bases fisiológicas de esta técnica, como es la pérdida progresiva natural de la producción de leche debido a la disminución del número de tomas, unida a factores socio-económicos como el hecho de que las madres se incorporen más pronto a la vida laboral, todos ellos son responsables del elevado índice de destete precoz, privando al niño de una protección natural contra muchas enfermedades, entre las que se destacan las alérgicas³.

Según la evidencia científica, la LM frente a la artificial aporta al RN las necesidades nutricionales adecuadas para su crecimiento, desarrollo físico y emocional, asegurándole el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello, la LM es considerada como el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante⁴. Según la OMS, la LM es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema

de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses⁵.

Como se recordará existen diferentes tipos de lactancia:

- Lactancia materna exclusiva (LME): el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o extraída del mismo y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos⁶.
- Lactancia artificial: cuando la LM no es posible o insuficiente se recurre a la lactancia artificial que consiste en utilizar fórmulas lácteas adaptadas a las características madurativas del RN. El Comité de Nutrición de la *European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* y el Comité Científico de Alimentación de la Comisión Europea regulan la composición nutricional de estos preparados con el objetivo de asegurar, dentro de unos márgenes, que la mayoría de los lactantes puedan cubrir sus necesidades nutricionales⁷.
- Lactancia mixta/parcial: es una combinación entre la LM y la lactancia artificial. Este tipo de lactancia conlleva un proceso gradual, teniendo la etapa alta donde la mitad de las tomas son con LM y la otra con lactancia artificial, media donde menos de la mitad de las tomas son con LM y el resto de fórmula y baja donde una o dos tomas son con LM y el resto con leche de fórmula⁸.

La leche humana gracias a su composición tan específica es una fuente no solo de vitaminas y nutrientes, sino también de bacterias comensales. La microbiota asociada a la leche materna contribuye a crear la microbiota intestinal "inicial" de los bebés, y también tiene un papel fundamental en la modulación e influencia del sistema inmunitario de los RN. Las bacterias localizadas tanto en el calostro como en la leche madura pueden inducir la respuesta antiinflamatoria, al estimular la producción de citocinas específicas, reduciendo el riesgo de desarrollar una amplia gama de enfermedades inflamatorias y previniendo la expresión de patologías inmunomediadas, como el asma y la dermatitis atópica (DA)⁹.

Los probióticos son microorganismos vivos, que cuando se administran en cantidades adecuadas pueden conferir un beneficio en la salud de los RN. En los últimos años diversos estudios¹⁰⁻¹³ se han enfocado en el efecto que pueden causar estos probióticos en la prevención y evolución de la DA. Algunos investigadores descubrieron que la colonización y la diversidad de la microbiota intestinal podría estar relacionada con el aumento de la DA, ya que observaron una diferencia entre la flora fecal de los lactantes que posteriormente desarrollaban DA y los que no. Algunos trabajos demostraron que una manipulación de la microbiota intestinal con suplementos probióticos durante el embarazo y en los lactantes podría reducir el riesgo de DA^{10,11}.

En la última década ha aumentado considerablemente la prevalencia de las enfermedades alérgicas (EA)¹⁴. Según algunos estudios se ha visto que la enfermedad alérgica en la etapa infantil puede llegar a afectar al 20% de la población pediátrica. No cabe duda de que el aumento de estas está en estrecha relación no solo con la genética, sino también con los factores ambientales y con los hábitos de vida de los individuos⁸.

Entre las enfermedades alérgicas se encuentra la DA que está teniendo una gran repercusión social, alterando la calidad de vida de millones de niños en el mundo¹⁵. La DA es una enfermedad crónica y recurrente que cursa con periodos de agudización y de remisión. Afecta a la piel y comienza generalmente durante el primer año de vida. Se puede asociar a alteraciones en la función de la barrera de la piel, inmunológicas, por una higiene excesiva, por una predisposición genética o por hiperreactividad de la piel¹⁶.

En los bebés se produce la dermatitis en el lactante cuando aparece entre el 2 y 6 mes de vida, se localiza sobre todo en la cara con lesiones eczematosas húmedas y puede extenderse hacia el cuello y el tronco, mientras que cuando se extiende desde los 2 años hasta la pubertad se trata de dermatitis infantil, cuyas lesiones se hacen más papulosas y menos exudativas y tienden a localizarse en los pliegues antecubital y poplíteo, en la región facial (palpebral, peribucal), en los pliegues auriculares, en las muñecas, manos y pies¹⁷.

Justificación

En estos últimos años ha sido considerable el aumento tanto en la prevalencia como en la incidencia de la DA en la población infantil. Se ha observado que la misma tiene una etiología multifactorial, interviniendo tanto la historia familiar de atopia como los factores ambientales y los estilos de vida.

Es necesario analizar aquellos factores que podrían reducir el impacto de estas afectaciones, como es el caso de la LM,

desde un punto de vista nutricional, ya que resulta ser un método natural, eficaz, gratuito y sin efectos adversos para el lactante y que podría aportar beneficios al RN con respecto a esta enfermedad. Es importante y necesario que los profesionales sanitarios, muy especialmente las matronas que preparan a la maternidad a las mujeres acompañándolas en la gestación, embarazo, parto y postparto y con una acción vital, como es el apoyo en el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia, sean conscientes de este problema para poder intervenir de manera eficaz haciendo uso de estrategias de promoción y prevención que ayuden a reducir la DA.

Con este estudio se pretende conocer la relación entre la DA en la infancia y el tipo de lactancia, así como la importancia que tienen los factores que influyen en el desarrollo de la misma.

Objetivos

- Evaluar la relación entre el tipo de lactancia y la DA en la infancia.
- Identificar los factores de riesgo que desencadenan la DA en el niño.

Metodología

Para la realización de este trabajo se hizo una revisión entre noviembre y febrero de 2019/2020 en las bases de datos de Pubmed, Cuiden, Cinahl y Google Académico. Los descriptores en Ciencias de la Salud DeCS fueron: "lactancia materna", "dermatitis atópica" y los MeSH correspondientes "breast feeding", "atopic dermatitis", "bottle feeding", "weaning", "human milk". El operador booleado fue "AND" (Tabla 1).

Palabras clave: lactancia materna, destete, biberón, dermatitis atópica, matronas.

Key words: breast feeding, weaning, bottle feeding, atopic, midwives.

Tabla 1. Esquema de búsqueda

Base de datos	Palabras clave	Resultados
PUBMED	1ª Búsqueda: <i>breastfeeding AND atopic dermatitis</i>	524
	2ª Búsqueda: <i>bottle feeding AND atopic</i>	56
	3ª Búsqueda: <i>weaning AND atopic</i>	82
	4ª Búsqueda: <i>human milk AND atopic</i>	334
CUIDEN	1ª Búsqueda: <i>lactancia materna AND dermatitis atópica</i>	1
CINAHL	1ª Búsqueda: <i>breast feeding AND atopic dermatitis</i>	113
GOOGLE ACADÉMICO	1ª Búsqueda: <i>lactancia materna AND dermatitis atópica</i>	2.640

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

- Antigüedad de los artículos de 10 años (2009-2019).
- Idioma español e inglés.
- Artículos originales.
- Objeto de estudio el ser humano.
- Textos completos y de libre acceso.

Todos los artículos que no cumplieren los criterios anteriores fueron excluidos.

Finalmente se obtuvieron los siguientes resultados que se muestran en el diagrama de flujo (Figura 1):

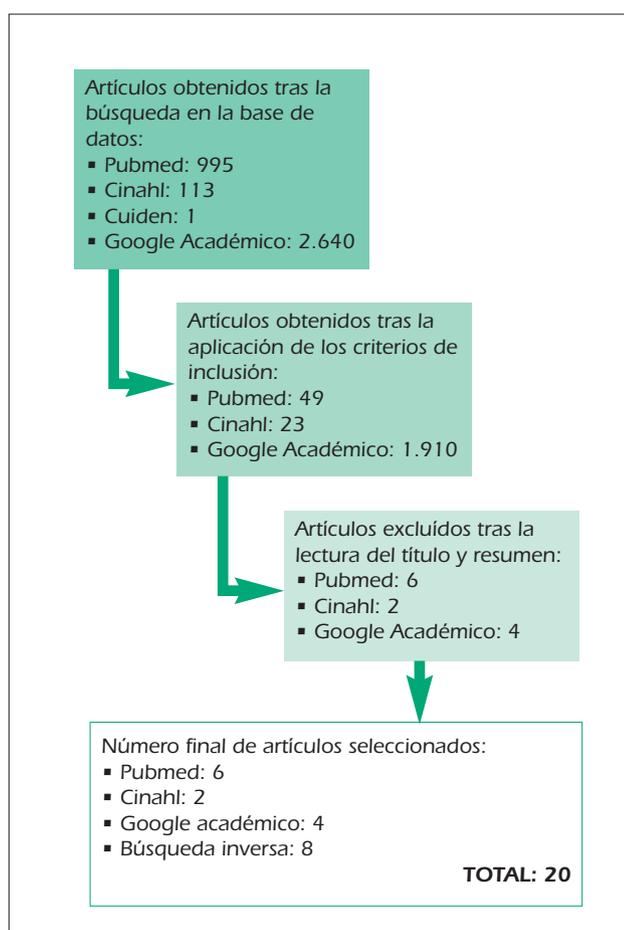


Figura 1. Diagrama de flujo

Resultados y discusión

La LM es el método preferido de alimentación durante la primera etapa de crecimiento del niño debido a sus beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos. Las recomendaciones que se están dando por parte de los profesionales

sanitarios sobre la LM y la asociación con la DA han ido variando a lo largo de los años, ya que se han podido observar diferencias entre los factores que influyen en esta enfermedad¹⁴.

En lo concerniente a evaluar la relación entre tipo de lactancia y la DA se obtuvo lo siguiente:

Varios autores^{14,18} refirieron que el efecto de la LME fue protector frente al desarrollo de la DA, independientemente del tiempo de duración de esta, ya que el efecto aparecía por el simple hecho de haberla recibido. Además, otro estudio¹⁵ concluyó que la lactancia no exclusiva mostró ser un factor de riesgo para aquellos bebés que la recibieron.

Sin embargo, otros investigadores¹⁹ no encontraron relación significativa entre LME o parcial y el riesgo de DA durante los primeros 16-24 meses. Aunque al excluir del ensayo a 64 lactantes con sospecha de DA se vio que tanto la LME (> 4 meses) como la parcial (> 6 meses) se asociaban a un mayor riesgo de desarrollar DA en los niños sin antecedentes familiares de atopia (AFA).

Otros autores¹³ quisieron comprobar si la leche de fórmula compuesta por una mezcla de oligosacáridos prebióticos tenía la misma función inmunomoduladora que la leche materna. La alimentación recibida con la fórmula infantil suplementada con la mezcla de oligosacáridos prebióticos durante los primeros seis meses protegió a los bebés y niños pequeños de infecciones y reacciones alérgicas durante los primeros 18 meses de vida, produciendo un efecto similar al de la leche materna, con lo cual la fórmula suplementada influyó en la microbiota intestinal, modulando positivamente el desarrollo del sistema inmunitario del lactante y reduciendo la morbilidad alérgica e infecciosa en lactantes y niños pequeños de hasta 18 meses. En la misma línea, Enomoto et al.¹² estratificaron en su estudio a los grupos por tipo de lactancia, observando diferencias significativas a los 10-18 meses entre los lactantes alimentados con fórmula suplementada con probióticos ($p: 0,0005$), siendo un método eficaz para la prevención de DA en los RN.

Otra investigación²⁰ se centró en evaluar el efecto que producía la LME en lactantes con DA. Se encontró que los bebés alimentados con leche materna, la interrupción de esta y el cambio a leche de fórmula parcialmente hidrolizada ayudaba a mejorar la clínica y acortar la duración de la DA, independientemente del sexo, la edad y los AFA.

Los factores de riesgo identificados que desencadenan la DA en el niño son los siguientes:

Duración de la LM

El tiempo de duración de LM es un factor a considerar, ya que puede influir negativa o positivamente en el RN. Según el estudio de Acevedo et al.¹⁵ se hizo evidente el impacto preventivo de la duración de la LME (≥ 3 meses) en el de-

sarrollo de la EA en niños entre 3 y 7 años (OR de 0,70; IC del 95%: 0,48 a 1,03). Los menores que desarrollaron EA recibieron menos tiempo (< 3 meses) leche materna y LME, con lo cual el factor tiempo en esta investigación tuvo repercusiones sobre la salud de los lactantes (OR de 2,05; IC del 95%: 1,47 a 2,86). Otro autores²¹ coincidieron en que a menor duración de LM mayor era la posibilidad de contraer eccema atópico, concretamente en los lactantes que fueron amamantados en un periodo inferior a dos meses (OR de 1,16; IC 95%: 1,02 a 1,32) comparándolos con los niños que fueron alimentados con LM durante más de seis meses. También obtuvieron que aquellos RN que no habían sido alimentados con LME tuvieron un riesgo mayor de DA (OR de 1,11; IC 95%: 1,01 a 1,23) que aquellos que sí fueron amamantados con LME durante cuatro meses.

Mientras que Chuang et al.²² concluyeron que a mayor duración de LM aumentaba el riesgo de DA en los niños a los 18 meses (OR de 1,49; IC 95%: 1,15 a 1,93), en la misma línea el estudio de Turati et al.²³ decía que los niños que fueron destetados a los cuatro meses tuvieron un riesgo más bajo de DA (OR de 0,41; IC 95%: 0,20 a 0,87) en comparación con los que fueron amamantados de forma exclusiva durante un periodo más prolongado.

Una posible explicación para la diversidad de resultados que se han obtenido podría ser la diferencia de tamaño de muestra, las características sociodemográficas, el concepto de lactancia materna (duración, grado de exclusividad) y el sesgo de la memoria.

Antecedentes familiares de DA

Otro factor desfavorable que puede generar DA en los niños es la historia familiar o AFA, tanto materno como paterno¹⁵.

Al valorar este factor, casi todos los estudios^{19,24,25} coincidieron en que los antecedentes podían actuar negativamente en el RN, desarrollando DA. Según Hogendorf et al.²⁶, los antecedentes maternos de atopia podían influir en el desarrollo de DA de los RN, estos autores investigaron en concreto el posible efecto protector de la lactoferrina (proteína inmunoreguladora) y la IgA secretora (anticuerpo materno que va a aportar al lactante inmunidad pasiva) de la leche materna madura en el desarrollo de la DA. En esta investigación se obtuvo que las madres con atopia tenían una composición alterada de estas proteínas en la leche comparándolas con las madres sanas. Los resultados mostraron que existía menos cantidad de IgA secretora en la leche materna de madres con DA, esta cantidad insuficiente pudo influir posteriormente en la aparición de DA en los niños, ya que altos niveles de estas proteínas inmunomoduladoras en la leche pueden proteger al lactante de padecer DA en un futuro.

Según los hallazgos obtenidos parece ser que este tipo de afección es hereditaria al estar involucrada la historia familiar

de atopia en el origen del desarrollo de DA en los niños, puesto que tener AFA o gemelos con DA está fuertemente relacionado con la aparición de DA en el RN²⁵.

Introducción de los alimentos sólidos en el lactante

Varios estudios^{22,25} indicaron que los lactantes que fueron nutridos con alimentos sólidos a partir de los 6 meses no presentaron la misma protección contra la EA que aquellos que fueron alimentados de esta forma a una edad más temprana. Una posible explicación es que la introducción de sólidos a una edad temprana expone al lactante a nuevos antígenos modificando su flora intestinal, haciendo que desarrollen mejor la tolerancia oral y así disminuir posibles reacciones alérgicas, protegiéndolos contra la atopia²².

En discordancia, Parrilla²⁷ concluyó que la introducción de alimentos sólidos antes de los 6 meses favorecía la aparición de DA con una relación significativa ($p < 0,05$), es decir, hubo un mayor número de casos de DA en niños cuando se inició la alimentación complementaria antes de los 6 meses.

Sin embargo, en alguno de los estudios consultados se ha visto también un efecto protector en la frecuencia de DA cuando el inicio de la alimentación complementaria era tardío, sobre todo en los menores con AFA maternos ($p: 0,019$)²⁴.

Consumo de probióticos

Cuando se administran probióticos en cantidades adecuadas durante el embarazo se ha observado que aportan un beneficio para la salud, tanto para la madre como para el feto, pues la colonización temprana de lactobacilos, puede ser un método terapéutico para el tratamiento de las enfermedades atópicas¹⁰.

Varios autores¹⁰ observaron que el consumo de productos lácteos probióticos en el embarazo se asoció con un riesgo relativo ligeramente reducido de DA en los RN a los seis meses (RR de 0,94; IC del 95%, 0,89 a 0,99) en comparación con madres que no consumieron durante el embarazo, es decir, hubo una menor incidencia de DA gracias al consumo de productos lácteos probióticos.

Otro investigadores¹¹ coincidieron en que la suplementación de probióticos durante el embarazo parecía tener un efecto preventivo continuo sobre la incidencia acumulada de DA en los RN hasta la edad escolar.

En línea con los resultados obtenidos, Enomoto et al.¹² observaron que el riesgo de desarrollar DA en los 18 primeros meses se redujo significativamente en los lactantes del grupo donde se había consumido probióticos (OR de 0,304; IC 95%: 0,105 a 0,892). También se encontró que el impacto era más efectivo en aquellos bebés que no tenían AFA.

Determinantes/condiciones ambientales

Otra variable a considerar es el determinante ambiental que va a incluir todo lo que esté en contacto con el niño, incluyendo el lugar de nacimiento, el hogar, la contaminación, los compañeros de juego, la dieta del bebé, el polvo, las mascotas, el polen, etc.²⁵.

En ese sentido, varios investigadores^{18,22} expusieron que vivir en zonas urbanas (OR adjuntos 1,43; IC 95% 1,69-1,20), tener manchas de moho en la pared de hogar (OR adjuntos 1,32; IC 95% 1,16-1,50), tener un núcleo familiar pequeño y que tuvieran AFA, sobre todo materno, aumentaba el riesgo de desarrollar esta enfermedad en los RN. Otro estudio¹⁵ halló asociaciones de riesgo entre el AFA, la situación económica media/alta, la contaminación ambiental de la zona, el consumo de algunos alimentos alergénicos antes del año, la exposición a aves y la DA.

Según la investigación de Fotopoulou et al.²⁸, en la cual se estudió la posible relación entre varias variables como la familia, el estatus social, el tipo de alimentación, los AFA, el medio ambiente y la gravedad de DA, se concluyó que los bebés que presentaron una puntuación elevada en el test de SCORAD (este es un índice que se utiliza para conocer el grado, intensidad y severidad del eccema atópico) se asociaron con una clase social media o alta ($p: 0,004$), con una duración de la LM de menos de 2 meses ($p < 0,001$), con una limpieza excesiva del hogar ($p < 0,001$). Aquí entraría el concepto de hipótesis de la higiene, la cual afirma que el estilo de vida occidental hace que nuestro entorno sea sobreprotector, alterando nuestra interacción con los microbios y exponiendo al sistema inmunitario a una cantidad menor de alérgenos e infecciones ambientales durante los primeros años de vida y, por lo tanto, siendo más susceptible a las alergias; también lo asoció con el consumo de más de un paquete de tabaco al día tanto de materno como paterno ($p < 0,001$) y con una alergia alimentaria a más de tres alérgenos ($p < 0,001$).

Sin embargo, Yung et al.²⁵ no encontraron significación estadística entre los bebés con DA y los que no tenían esta enfermedad, en relación con su exposición ambiental (mascotas, polvo, polen, humo de cigarrillos, periodo preescolar...). La única diferencia significativa que hubo fue el consumo de antibióticos durante el embarazo o la lactancia (OR de 2,276; IC 95%: 1,151 a 4,504).

Composición inmunológica de la leche materna

La evidencia científica indica que los mediadores inmunes que se encuentran en la leche humana tienen un papel muy importante en la maduración inmune de los lactantes, así como en la protección contra el desarrollo de DA. Algunos investigadores estudiaron esta posible relación, los resultados que obtuvieron sobre los niveles de TGF β 2 fueron elevados en la leche materna y estuvieron asociados con una mayor

incidencia de DA, es decir, los lactantes que fueron amamantados con leche materna con niveles altos de TGF β 2 tuvieron un riesgo significativamente mayor (OR de 1,04; IC 95%: 1,01 a 1,06) de desarrollo de DA. Por otro lado, en este mismo estudio, la IL13 detectable en la leche materna se asoció a un riesgo reducido de desarrollar DA (OR de 0,18; IC 95%: 0,04 a 0,92), mostrando un efecto protector²⁹.

Otros autores³⁰ obtuvieron un menor número de células productoras de IL-13 en la leche de madres con bebés con DA en comparación con las madres de niños sanos ($p < 0,05$). Esto quiere decir que un recuento más bajo de células productoras de IL-13 en la leche materna puede conferir al RN una susceptibilidad a la DA.

En otro estudio³¹ se investigó el CD14 soluble de la leche materna, este es uno de los componentes que ayuda al funcionamiento y desarrollo intestinal del RN, modulando la función inmune y regulando la inflamación. Se recogieron muestras tanto del calostro como de la leche materna madura. Se encontró que los niveles de CD14s en la leche materna en el grupo de bebés con DA fueron significativamente más bajos que el grupo sin DA ($p: 0,001$), ambos grupos recibieron LME hasta los 4 meses. Siendo factor protector unos niveles más altos de CD14s en la leche materna.

Vivir en zonas geográficas distintas, tener diferencias en la dieta, llevar estilos de vida diferentes y presentar AFA puede influir en la composición de la leche humana y en los resultados de salud.

Limitaciones del estudio

Se han encontrado diferentes limitaciones al realizar este trabajo.

En primer lugar, tenemos el sesgo de memoria que va acompañado de los estudios de casos y controles de carácter retrospectivo, este va a depender del recuerdo de los padres.

En segundo lugar, el tamaño de muestra estudiada ha ido variando en los diferentes trabajos consultados, la gran mayoría de ellos presentaba tamaños muestrales adecuados, de modo que constituían una muestra representativa, aunque también se encuentran artículos con una muestra muy reducida y poco variada, por lo que puede ser poco representativa y los resultados ser menos fiables, por este motivo no se pueden extrapolar a la población general.

Hay que destacar que han aparecido insuficientes investigaciones con el objetivo que estaba estudiando en este trabajo.

Por último, los factores que podían influir en el desarrollo de la DA no fueron estudiados en todos los trabajos de investigación revisados, lo que hace llegar a diversas conclusiones.

Impliaciones para la práctica clínica

En el futuro sería conveniente que los profesionales de la salud que controlan el embarazo, prioritariamente las matronas encargadas del seguimiento del embarazo normal, de la preparación a la maternidad y del apoyo a la lactancia aprovecharan los contactos que tengan con las mujeres gestantes, como las consultas y la preparación al parto, para concienciar a estas sobre los beneficios que proporciona, tanto para la madre como para el lactante, la LM como método de alimentación principal en los primeros meses de vida, haciendo hincapié en aquellas mujeres que tengan factores de riesgo para que sus hijos desarrollen DA.

Así mismo, sería recomendable que aquellas madres que no pueden alimentar a sus hijos mediante la LM fueran asesoradas sobre el uso de leche de fórmula adaptada con probióticos, indicándole que aporta efectos similares al de la LM.

También se debe informar a todas mujeres embarazadas que consumir probióticos durante la gestación y la lactancia se ha demostrado que previene el desarrollo posterior de la DA en los RN.

Por otra parte, es necesario insistir en la implantación de un método de seguimiento en aquellos bebés que sean susceptibles de DA, para poder analizar los factores de riesgo e intervenir precozmente para reducir las posibles manifestaciones de la enfermedad.

Por este motivo, la información obtenida en este trabajo es esencial que la conozcan para poder actuar de forma eficaz y poder hacer una buena promoción y prevención en las consultas de enfermería.

Conclusiones

La lactancia materna exclusiva durante los 3-4 primeros meses de vida protege de dermatitis atópica a aquellos lactantes susceptibles de padecerla. Una interrupción precoz con respecto a estos meses puede interferir en el desarrollo de dermatitis atópica y también tiene un efecto protector sobre esta dolencia, frente a la lactancia parcial.

Las leches cuya composición de fórmula están adaptadas con pre o probióticos podrían aportar beneficios similares a los de la leche materna, en niños con predisposición a DA, modificando su flora intestinal y fortaleciendo su sistema inmune, así como el cambio de LM a leche hidrolizada ayudaría a mejorar la clínica y disminuiría la duración de la DA, en el caso de bebés que la padezcan.

Los factores de riesgo más relevantes relacionados con el desarrollo de DA fueron: antecedentes familiares de atopía (predominando el materno), el momento de la introducción de los alimentos sólidos, la composición inmunológica de la leche materna y los determinantes ambientales como el

tabaquismo, la limpieza excesiva, la contaminación, vivir en zonas urbanas, etc.

El consumo materno de probióticos durante el embarazo y la lactancia, se ha considerado un factor protector para disminuir el desarrollo posterior de DA en los niños.

Son necesarios más estudios para evaluar el desarrollo de DA en la infancia y el tipo de lactancia, considerando estas variables encontradas y las no evaluadas en este estudio.

Bibliografía

1. Beltrán Muñoz C. Estudio cualitativo sobre la experiencia vivida durante la lactancia materna en un grupo de madres adolescentes orientadas desde la consulta de la Matrona. *Rev. Paraninfo Digital* [internet]. 2014 [citado 15 jul 21]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/033.php>
2. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. [internet] 2007 [citado 15 jul 21]; 30(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1137-66272007000500007
3. Dobarganes Sansón Y, Abdo Rodríguez A, Arias Díaz A, Rodríguez Canosa J. Repercusión del destete precoz en la incidencia de enfermedades alérgicas durante la primera infancia. *Alergia, Asma e Inmunología pediátricas*. [internet] 2000 [citado 15 jul 21]; 9(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2348>
4. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Asociación Española de Pediatría* [internet]. [citado 15 jul 21]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna [internet]. Ginebra: OMS. [citado 15 jul 21]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante [internet]. Ginebra: OMS. [citado 15 jul 21]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
7. Martínez Suárez V, Aranceta Bartrina, J. Recomendaciones nutricionales en la infancia. *JANO* [internet] 2009 [citado 15 jul 21]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/00420047_lr.pdf
8. Aguilar Cordero MJ. Lactancia materna. Madrid: Elsevier; 2005.
9. Toscano M, De Grandi R, Grossi E, Drago L. Role of the Human Breast Milk-Associated Microbiota on the Newborns' Immune System: A Mini Review. *Front Microbiol* [internet]. 2017 [citado 15 jul 21]. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fmicb.2017.02100/full>

10. Bertelsen RJ, Brantsæter AL, Magnus MC, Haugen M, Myhre R, Jacobsson B, et al. Probiotic milk consumption in pregnancy and infancy and subsequent childhood allergic diseases. *J Allergy Clin Immunol* [internet]. 2014 [citado 15 jul 21]; 133(1):165-71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091674913011573>
11. Simpson MR, Dotterud CK, Storrø O, Johnsen R, Øien T. Perinatal probiotic supplementation in the prevention of allergy related disease: 6 year follow up of a randomised controlled trial. *BMC Dermatol*. [internet]. 2015 [citado 15 jul 21]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4522068/>
12. Enomoto T, Sowa M, Nishimori K, Shimazu S, Yoshida A, Yamada K, et al. Effects of bifidobacterial supplementation to pregnant women and infants in the prevention of allergy development in infants and on fecal microbiota. *Allergol Int*. [internet] 2014 [citado 15 jul 21]; 63(4):575-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25056226>
13. Ivakhnenko O, Nyankovskyy S. Effect of the specific infant formula mixture of oligosaccharides on local immunity and development of allergic and infectious disease in young children: randomized study. *Pediatrics Polska*. 2013 [citado 15 jul 21]; 88(5):398-404. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2013.07.002>
14. Ibáñez Tortajada M, Sorlí Guerola JV. Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica. *Pediatría Atención Primaria*. [internet]. 2015 [citado 15 jul 21]; 17(66). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300003
15. Acevedo Villafañe C, Latorre Latorre F, Cifuentes Cifuentes L, Díaz-Martínez LA, Garza Acosta O. Influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños. *Aten Primaria* [internet] 2009 [citado 15 jul 21]; 41(12). Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265670900300X>
16. Dermatitis atópica. American academy of allergy, asthma & immunology. [internet]. [citado 15 jul 21]. Disponible en: <https://www.aaaai.org/Tools-for-the-Public/Biblioteca-de-condiciones/Biblioteca-de-alergia/Dermatitis-atopica>
17. Martín Mateos M. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) [internet]. 2006 [citado 15 jul 21]. Disponible en: <http://www.seicap.es/guia-dermatitis-1-30389.pdf>
18. Maldonado-Gómez W, Chuan-Ibáñez J, Guevara-Vásquez G, Gutiérrez C, Sosa-Flores J. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [internet]. 2019. [citado 15 jul 21]; 36(2). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4180>
19. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Kiyohara C, Ohya Y, Fukushima W, et al. Breastfeeding and atopic eczema in Japanese infants: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Pediatr Allergy Immunol* [internet]. 2009 [citado 15 jul 21]; 20(3). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-3038.2008.00778.x>
20. Lin H-P, Chiang B-L, Yu H-H, Lee J-H, Lin Y-T, et al. The influence of breastfeeding in breast-fed infants with atopic dermatitis. *J Microbiol Immunol* [internet] 2019; 52(1):132-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2017.06.004>
21. Elbert NJ, van Meel ER, den Dekker HT, de Jong NW, Nijsten TEC, Jaddoe VW V, et al. Duration and exclusiveness of breastfeeding and risk of childhood atopic diseases. *Allergy* 2017; 72(12). Doi: <http://doi.wiley.com/10.1111/all.13195>
22. Chuang C-H, Hsieh W-S, Chen Y-C, Chang P-J, Hurng B-S, Lin S-J, et al. Infant feeding practices and physician diagnosed atopic dermatitis: a prospective cohort study in Taiwan. *Pediatr Allergy Immunol* 2011; 22(1). Doi: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-3038.2010.01007.x>
23. Turati F, Bertuccio P, Galeone C, Pelucchi C, Naldi L, Bach J-F, et al. Early weaning is beneficial to prevent atopic dermatitis occurrence in young children. *Allergy* 2016; 71(6). Doi: <http://doi.wiley.com/10.1111/all.12864>
24. Morales-Romero J, Bedolla-Barajas M, López-Vargas L. Prevalencia de las enfermedades alérgicas y su asociación con la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria en niños de edad escolar de Ciudad Guzmán, México. *Arch Argent Pediatr* [internet]. 2015 [citado 15 jul 21]; 113(4):324-30. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a07.pdf>
25. Yung J, Yuen JWM, Ou Y, Loke A. Factors Associated with Atopy in Toddlers: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2015. [citado 15 jul 21]; 12(3). Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/12/3/2501>
26. Hogendorf A, Stańczyk-Przyłuska A, Sieniowicz-Luzeńczyk K, Wiszniewska M, Arendarczyk J, Banasik M, et al. Is there any association between secretory IgA and lactoferrin concentration in mature human milk and food allergy in breastfed children. *Med Wieku Rozwoj* [internet] 2013 [citado 15 jul 21]; 17(1):47-52 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23749695>
27. Parrilla Gil MJ. Influencia de la lactancia materna y el inicio de la alimentación en el desarrollo de enfermedades alérgicas entre los 3 y 6 años de edad. *Metas Enferm*. [internet] 2014 [citado 15 jul 21]; 17(8). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80645/influencia-de-la-lactancia-materna-y-el-inicio-de-la-alimentacion-en-el-desarrollo-de-enfermedades-alergicas-entre-los-3-y-6-anos-de-edad/>
28. Fotopoulou M, Iordanidou M, Vasileiou E. A short period of breastfeeding in infancy, excessive house cleaning, absence of older sibling, and passive smoking are related to more severe atopic dermatitis in children. *Eur J Dermatol* [internet] 2018 [citado 15 jul 21]; 28(1):56-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29171402>
29. Munblit D, Treneva M, Peroni D, Colicino S, Chow L, Dissanayeke S, et al. Immune Components in Human Milk Are Associated

- with Early Infant Immunological Health Outcomes: A Prospective Three-Country Analysis. *Nutrients* [internet]. 2017. [citado 15 jul 21]; 9(6) Disponible en: <http://www.mdpi.com/2072-6643/9/6/532>
30. Moradkhani S, Jafarzadeh A, Bazargan-Harandi N, Baneshi M, Mohammadi M. Association of reduced count of interleukin-13-producing cells in breast milk with atopic dermatitis in infancy. *Indian J Med Res* [internet]. 2018. [citado 15 jul 21]; 148(3). Disponible en: <http://www.ijmr.org.in/text.asp?2018/148/3/317/245290>
31. Fikri B, Tani Y, Nagai K, Sahara M, Mitsuishi C, Togawa Y, et al. Soluble CD14 in Breast Milk and Its Relation to Atopic Manifestations in Early Infancy. *Nutrients* [internet]. 2019 [citado 15 jul 21]; 11(9). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/9>

Ignacio Brunel García

Náuseas en el embarazo. ¿Es lo natural la solución?

¹ Ginecólogo.

E-mail: ignacio.brunel@quiron salud.es

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2021.

Fecha de aceptación 10 de julio de 2021.

Cómo citar este artículo:

Brunel García I. Náuseas en el embarazo. ¿Es lo natural la solución? *Matronas Hoy* 2021; 9(2):15-21.

Resumen

Introducción: las náuseas y los vómitos son algunas de las complicaciones más comunes durante el embarazo (NVG), de hecho, son síntomas fisiológicos en contraposición al extremo más severo del espectro de NVG, en que se haya la hiperémesis. Afectan hasta a un 85% de las mujeres gestantes, de las que un gran porcentaje tiene al menos algunas náuseas y aproximadamente una tercera parte presenta vómitos.

Objetivos: repasar los resultados de eficacia de elementos no farmacológicos utilizados para combatir los vómitos y las náuseas del embarazo y mostrar una nueva formulación que se añada al arsenal terapéutico, fácil de tomar, que engloba los dos elementos naturales demostrados más beneficiosos en el tratamiento de las náuseas y los vómitos junto con el magnesio que puede aportar más beneficios.

Material y método: revisión de la literatura relacionada.

Resultados y conclusiones: la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tanto el uso de jengibre como de vitamina B₆ para estos síntomas. Existen estudios relevantes, incluyendo RCT y metaanálisis, donde se evalúan eficacia y seguridad en población de mujeres embarazadas (jengibre, B₆ y magnesio) sin que ninguno de ellos presente problemas de seguridad ni efectos adversos importantes. En el caso del magnesio, además de la mejora asociada en las náuseas y los vómitos, parece mostrar beneficios en otros aspectos del embarazo.

Palabras clave: náuseas; vómitos; embarazo; tratamiento no farmacológico; matronas.

Abstract

Nausea during pregnancy. Is there a natural solution?

Introduction: nausea and vomiting are some of the most common complications during pregnancy (PNV); in fact, these are physiological symptoms in contrast with the most severe PNV area, which includes hyperemesis. These affect almost 85% of pregnant women, and a major proportion of them suffers at least some nausea, while approximately one third experience vomiting.

Objectives: to review the efficacy results of non-pharmacological elements used against pregnancy-induced vomiting and nausea, and to present a new formulation added to the armamentarium, which is easy to take and includes the two natural elements which have demonstrated higher benefits in the treatment of nausea and vomiting, alongside magnesium, which can provide further benefits.

Materials and methods: a review of relevant literature.

Results and conclusions: the World Health Organization (WHO) recommends the use of ginger and Vitamin B₆ for these symptoms. There are relevant studies, including RCTs and meta-analysis, which evaluated their efficacy and safety in a population of pregnant women (ginger, B₆ and magnesium); and none of them presented safety problems or major adverse effects. In the case of magnesium, as well as an improvement in nausea and vomiting, there seemed to be benefits in other aspects of pregnancy.

Key words: nausea; vomiting; pregnancy; non-pharmacological treatment; midwives.

Introducción

Las náuseas y los vómitos son algunas de las complicaciones más comunes durante el embarazo. Afectan hasta a un 85% de las mujeres gestantes¹, de las que un gran porcentaje tiene al menos algunas náuseas y aproximadamente una tercera parte presenta vómitos, en respuesta, fundamental aunque no exclusivamente, a la elevación hormonal producida por el embarazo.

Dentro del control normal de embarazo realizado por obstetras y matronas, mayoritariamente las matronas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), estos son los síntomas que con más frecuencia refieren dado el disconfort que ocasionan a las mujeres embarazadas.

Tradicionalmente el arsenal terapéutico no farmacológico para combatir, o al menos aliviar estos síntomas, se reducía a pautas higiénico-dietéticas, entre las que cabe destacar el uso del jengibre desde la antigüedad. Las recomendaciones actuales de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo son el jengibre, la vitamina B₆, la camomila y/o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles².

Las náuseas y los vómitos parecen correlacionarse con los niveles séricos de estrógenos y de gonadotropina coriónica humana³. También puede existir una predisposición psicológica⁴ y/o pueden ser consecuencia de una adaptación evolutiva para proteger al feto⁴.

El riesgo de sufrir náuseas y vómitos puede ser mayor si:

- La mujer presenta embarazo múltiple o está embarazada de un feto del sexo femenino⁵.
- Su madre o hermana padecieron náuseas y vómitos intensos durante el embarazo⁵.
- Presentan un historial de mareos o migrañas⁵.
- Ha tenido un embarazo previo con náuseas y vómitos⁵.

Las náuseas y los vómitos suelen aparecer a las seis semanas (de la falta de menstruación) y desaparecen a las 12-14 semanas. Pueden darse en cualquier momento del día, pero son más habituales por la mañana⁶. Aunque la prevalencia de las náuseas disminuye considerablemente tras el primer trimestre de embarazo, aquellas mujeres que todavía experimentan los síntomas mantienen una intensidad relativamente constante durante todo el embarazo⁷.

En la mayoría de los casos las náuseas y los vómitos son una condición autolimitante en el inicio del embarazo, sin impacto a largo plazo en la salud⁸. El 1-3% de las pacientes puede experimentar náuseas y vómitos graves, la hiperémesis gravídica⁸, que se acompaña de pérdida de peso, deshidratación y en algunos casos hospitalización³.

Objetivos

- Repasar los resultados de eficacia de elementos no farmacológicos utilizados para combatir los vómitos y las náuseas del embarazo.
- Mostrar una nueva formulación que se añade al arsenal terapéutico, fácil de tomar, que engloba los dos elementos naturales demostrados más beneficiosos en el tratamiento de las náuseas y los vómitos junto con el magnesio que puede aportar más beneficios.

Material y metodo

Revisión de la literatura relacionada en torno al uso y eficacia del jengibre, vitamina B₆ y magnesio.

Resultados

Estudios de eficacia del jengibre, vitamina B₆ y magnesio

Clásicamente el manejo de las náuseas y los vómitos del embarazo se ha hecho con medidas higiénico dietéticas, productos naturales y limitadas formulaciones farmacológicas dada la complejidad del uso de fármacos en el embarazo, pero desde hace unos años una serie de tratamientos no farmacológicos están adquiriendo una buena aceptación por la población embarazada, ya que muestran un perfil de eficacia y seguridad más que aceptable, pasando a ser a día de hoy la primera línea de tratamiento para las mujeres embarazadas afectadas por estos síntomas (Gráfico 1).

El **jengibre** (*Zingiber officinale* Roscoe) ha demostrado beneficio clínico en el tratamiento de las náuseas y los vómitos durante las primeras etapas de la gestación⁹. Se emplea desde la antigüedad como planta medicinal en el tratamiento de dolencias gastrointestinales¹⁰. Su rizoma contiene metabolitos biológicamente activos, responsables de su actividad farmacológica: gingeroles y shogaoles¹⁰.

El mecanismo de acción no está completamente definido; estudios recientes preclínicos han determinado que los componentes activos del jengibre actúan como antagonistas de los receptores colinérgicos y serotoninérgicos, lo que produce un incremento del tono y la motilidad gastrointestinal, y un aumento del vaciado gástrico¹⁰. Además, esta inhibición disminuye la aferencia de estímulos al sistema nervioso central (zona del gatillo quimiorreceptora del vómito)¹⁰.

Además, se ha establecido que el jengibre ayuda a realizar la digestión, contribuye al funcionamiento normal del tracto intestinal, al bienestar físico y al funcionamiento normal del estómago en el inicio del embarazo¹¹ (Figura 1).

En el estudio de Sabieri et al.¹², que duró siete días, durante los tres primeros no se realizó ninguna, intervención iniciándose el tratamiento el día 4. El resultado mediante

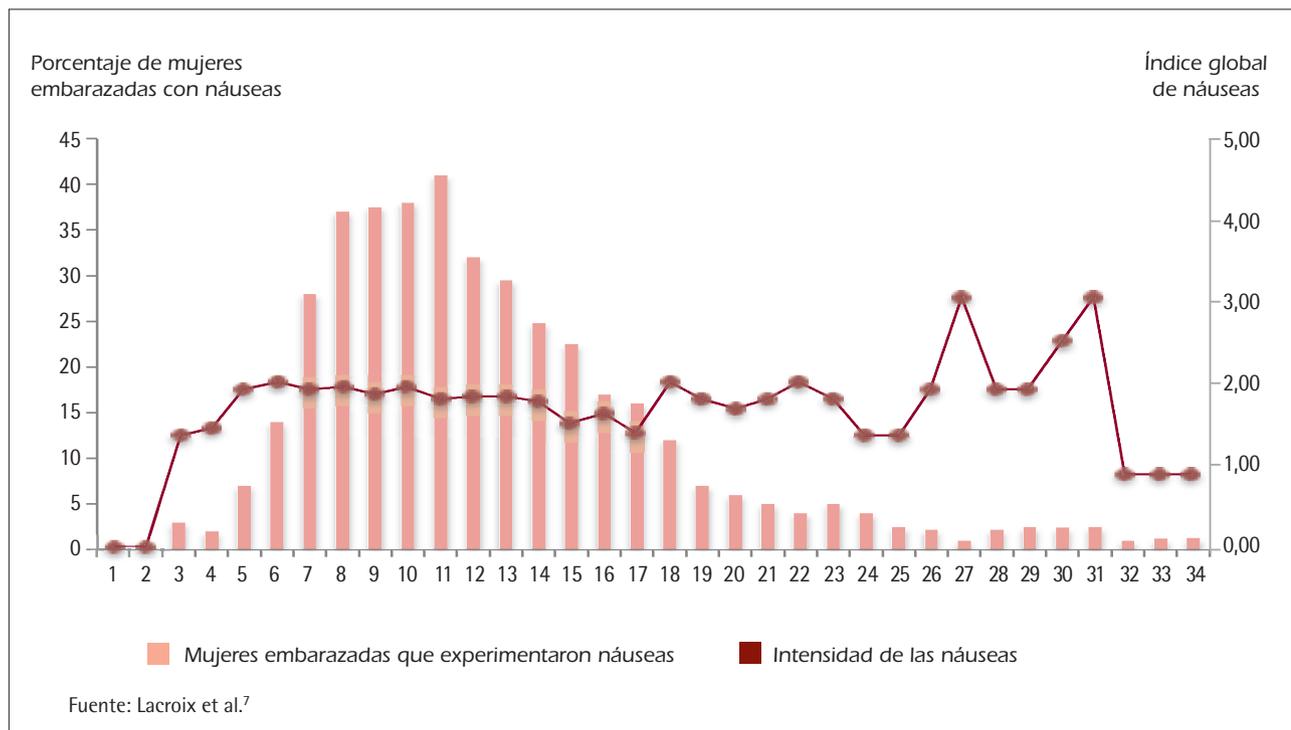


Gráfico 1. Porcentaje de mujeres embarazadas que experimentaron náuseas (barras) e intensidad de las náuseas evaluadas con el Índice Global de Náuseas en un estudio prospectivo (n= 160) realizado en mujeres embarazadas que proporcionaron diariamente datos de la frecuencia, duración e intensidad de náuseas y vómitos

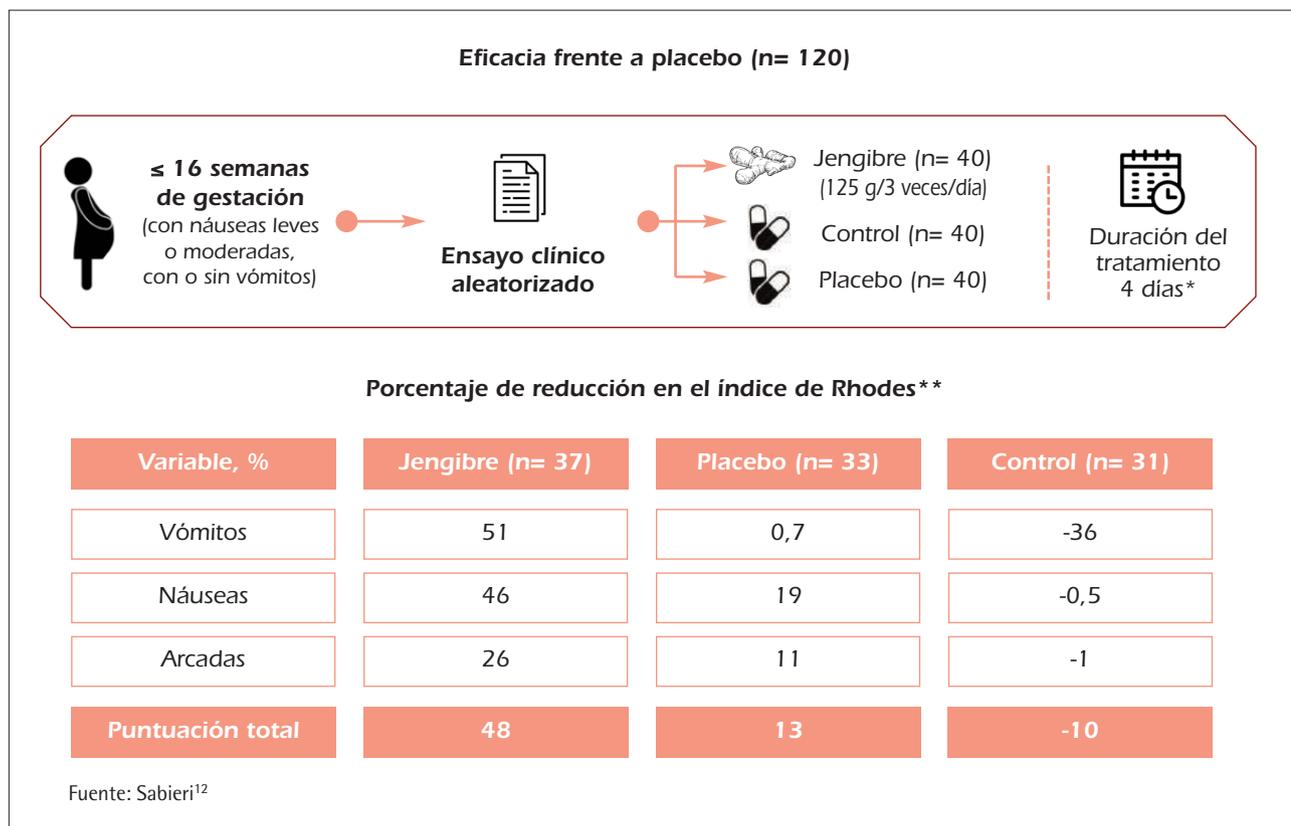


Figura 1. Reducción porcentual de las puntuaciones según el índice de Rhodes en los grupos estudiados

prueba ANCOVA (prueba de covarianza), como muestra el Gráfico 2, ofreció diferencias significativas en las puntuaciones medias después de la intervención en los tres grupos ($p < 0,001$), a saber jengibre, placebo y control. Para la recogida de datos de utilizó el índice de Rhodes**, cuestionario de ocho ítems que mide la intensidad y duración de las náuseas, vómitos y arcadas en una escala de 0 a 4, que las mujeres del estudio debían completar dos veces al día. Como resultado de este trabajo los autores probaron que el jengibre fue eficaz para el alivio de las náuseas y los vómitos leves a moderados en mujeres embarazadas con menos de 16 semanas de gestación.

Thomson at al.¹³ realizaron un metaanálisis en el que incluyeron estudios aleatorizados controlados con placebo obteniendo una puntuación satisfactoria en la evaluación del riesgo con la herramienta de la Cochrane. El periodo de intervención de los estudios iba desde los cuatro días hasta las tres semanas. El criterio principal de valoración fue la mejoría en las náuseas y los vómitos relacionados con el embarazo. El resultado de este estudio demostró, aun con

sus limitaciones, que el jengibre es mejor que el placebo para mejorar las náuseas y los vómitos en el embarazo, y que este tratamiento no farmacológico es eficaz cuando se administra en una dosis de aproximadamente 1 g/día durante al menos cuatro días.

La **vitamina B₆** reduce la gravedad de los síntomas de las náuseas moderadas y severas, así como de los vómitos durante el embarazo¹⁴.

Se trata de una vitamina hidrosoluble implicada en una amplia variedad de funciones fisiológicas¹⁵, por la naturaleza de esta el exceso se elimina por orina¹⁶.

La concentración plasmática de vitamina B₆ puede relacionarse con la gravedad de las náuseas y los vómitos, ya que se cree que puede actuar como cofactor en reacciones de reactividad de la lisina, que reduce las náuseas y los vómitos asociados al aumento de los niveles de estrógenos de la mujer embarazada¹⁷. También se piensa que puede participar en la síntesis de neurotransmisores como el ácido gamma-aminobutírico, cuyo déficit podría inducir estos síntomas¹⁷.

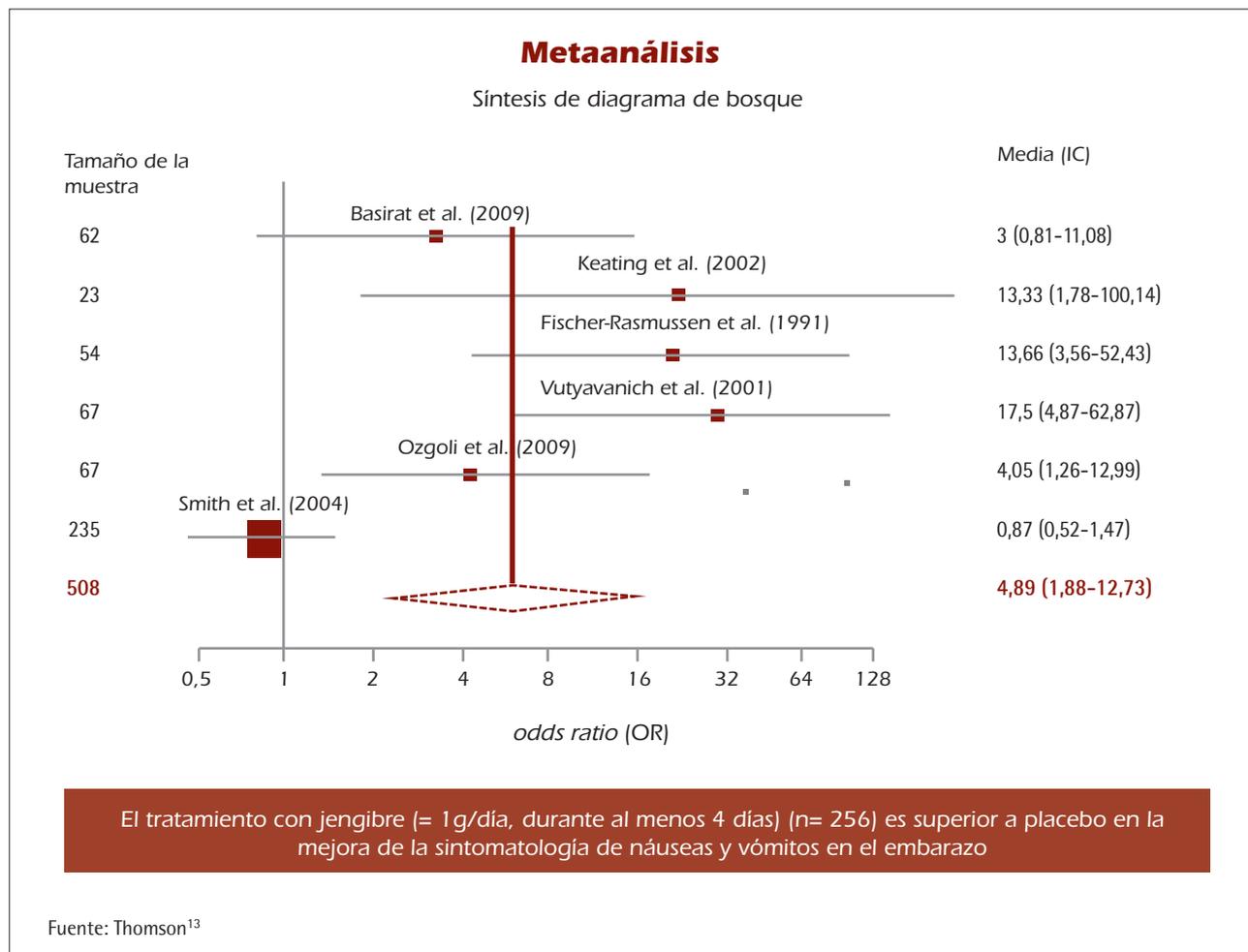


Gráfico 2. Diagrama de bosque para seis estudios aleatorizados controlados con placebo

Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos tienen niveles circulantes de vitamina B₆ más bajos¹⁸. La EFSA (*European Food Safety Authority*) ha determinado (para la población general) que la vitamina B₆ puede contribuir a la reducción del cansancio y la fatiga¹⁸.

Está clasificada en la categoría A por la FDA, ya que no se ha demostrado un aumento en el riesgo de anomalías fetales con su uso en ningún trimestre del embarazo¹⁹ (Figura 2).

En este estudio sobre el uso de piridoxina (B₆) frente a placebo, Vutyavanich et al.²⁰ utilizaron escalas analógicas visuales para cuantificar el cambio en la gravedad de las náuseas (*las mujeres calificaron los síntomas marcando con una x en un escala entre = = sin náuseas y 10= náuseas tan mal como podría ser), porque la escala puede dar una medida objetiva de la gravedad de las náuseas y porque tiene validez de constructo y es reproducible. Se eligió un periodo de cinco días, mostraron una mejora significativa en las puntuaciones medias de náuseas en las mujeres que recibieron piridoxina en comparación con los que recibieron placebo. La piridoxina también redujo significativamente el número medio de episodios de vómitos durante los primeros tres días de tratamiento. Por todo ello, los autores recomiendan el uso de piridoxina como tratamiento de primera línea para

las náuseas y los vómitos del embarazo, sugiriendo a la vez que el fármaco se administre de forma intermitente durante un periodo de dos a tres días, seguido de un periodo de descanso¹⁹.

Niveles óptimos de magnesio son necesarios para la salud de la madre y el feto durante el embarazo²¹.

El magnesio es un mineral esencial para los seres humanos que necesitan cantidades considerables del mismo²². Diversos estudios epidemiológicos en población general han demostrado la asociación entre niveles séricos de magnesio bajos y un mayor riesgo de enfermedades, como síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y aterosclerosis²³.

En el embarazo las necesidades de magnesio se encuentran aumentadas, es habitual que las mujeres embarazadas no cubran este incremento de las necesidades de magnesio²¹.

Según la *European Food Safety Authority* (EFSA), la dosis recomendada para mujeres (incluidas embarazadas) es de 300 mg/día y ha determinado que el magnesio puede contribuir a la reducción del cansancio y la fatiga¹⁸. Un estudio observacional prospectivo que evaluó dos cohortes de mujeres gestantes, unas con náuseas y vómitos (n= 134) y otras sin (n= 53), observó que en las mujeres que padecen náuseas y vómitos durante el embarazo la ingesta diaria de magnesio

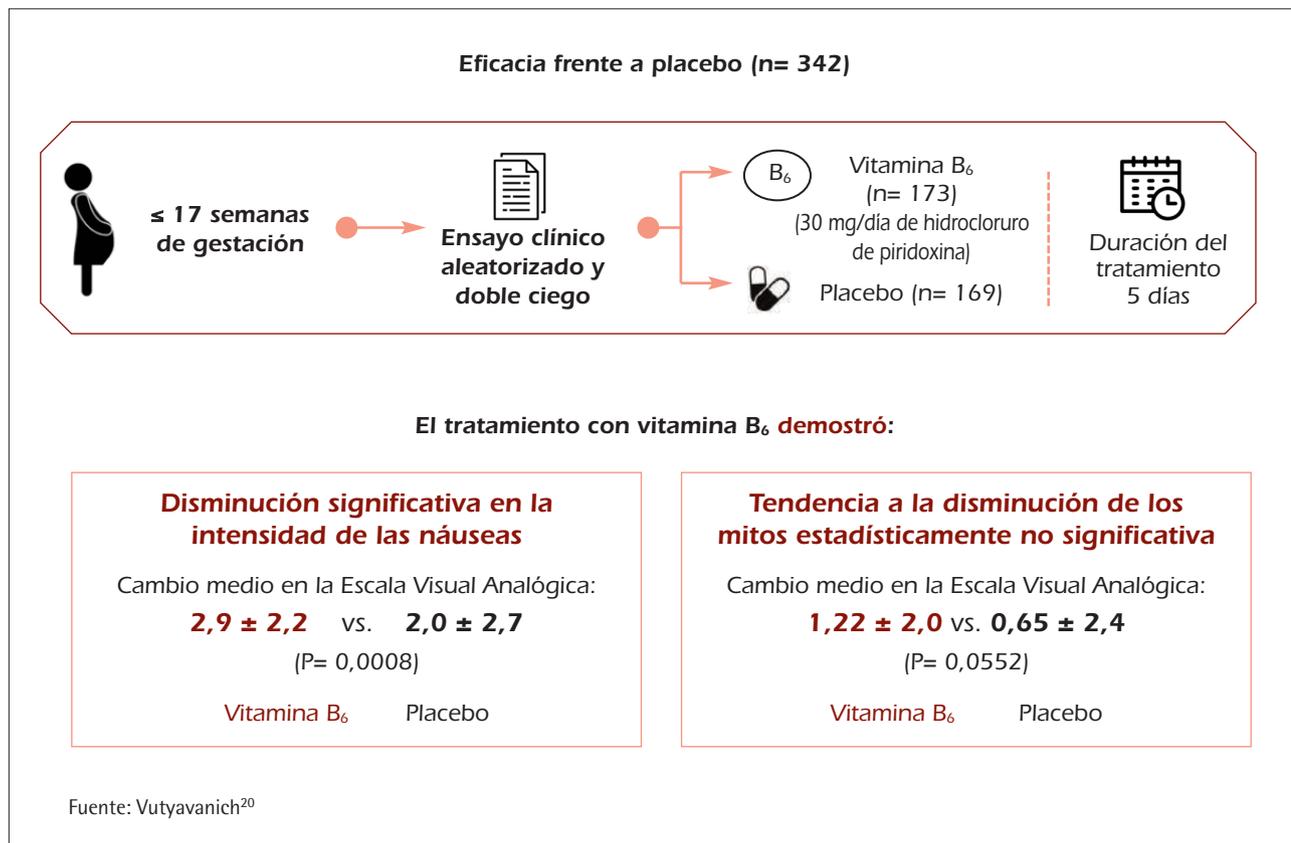


Figura 2. Resultado del uso de piridoxina (B₆) frente a placebo

es menor que en aquellas que no muestran esta sintomatología²⁵. La suplementación con magnesio durante el embarazo podría disminuir la probabilidad de que ocurran algunas complicaciones durante la gestación, como por ejemplo preeclampsia, diabetes gestacional o calambres en las piernas²⁶.

Atendiendo a estas premisas de seguridad y eficacia, un grupo farmacéutico ha lanzado al mercado el primer complemento alimenticio²⁷ que combina extracto de jengibre y vitamina B₆, los dos elementos naturales demostrados más beneficiosos en el tratamiento de las náuseas y los vómitos, junto al magnesio que podría coadyuvar el efecto de los anteriores e incluso aportar beneficios para otros aspectos del embarazo, como se ha especificado anteriormente. La presentación conjunta y equilibrada de los tres elementos en fórmula de cápsulas lo hace fácil de tomar, lo que por otra parte facilitaría la adherencia al tratamiento.

Esta nueva formulación podría resultar ser una nueva posibilidad mejorada de tratamiento de primera línea de los vómitos y las náuseas del embarazo, tratamiento como se ha mencionado en relación con la frecuencia de aparición de estos síntomas fisiológicos en la mujer embarazada, altamente demandado a matronas y obstetras encargados del control normal de embarazo.

Conclusiones

- Es importante asegurarse de la adherencia a los tratamientos prescritos.
- El uso de remedios naturales no farmacológicos es habitualmente mejor aceptado.
- La OMS recomienda tanto el uso de jengibre como de vitamina B₆ para estos síntomas y así mismo lo refrenda la *Guía de Manejo Clínico en el embarazo* del Ministerio de Sanidad español.
- Existen estudios relevantes, incluyendo RCT y metaanálisis, donde se evalúan eficacia y seguridad en población de mujeres embarazadas (jengibre, vitamina B₆ y magnesio) sin que ninguno de ellos presente problemas de seguridad ni efectos adversos importantes.
- En el caso del magnesio, además de mejora asociada en las náuseas y los vómitos, parece mostrar beneficios en otros aspectos del embarazo.
- Se añade al arsenal terapéutico del tratamiento de los vómitos y las náuseas en el embarazo una nueva formulación, que conjuga el extracto de jengibre, la vitamina B₆ y el magnesio.

Hoy, considerando la importancia que puede revestir como nueva terapia eficaz para los síntomas estudiados en el manejo del control normal la asociación de los tres componentes en una nueva formulación, ha solicitado al autor su publicación nuevamente para la difusión entre las matronas. Agradecemos al Dr. I. Brunel su aceptación desinteresada.

Bibliografía

1. McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, et al. Treatment for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *JAMA* 2016; 316(13):1392-401.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [internet]. Ginebra: OMS; 2016. [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Coronado PJ. Prevalence and persistence of nausea and vomiting along the pregnancy. *Rev Esp Enferm Dig* 2014; 106(5):318-24.
4. Nausea and vomiting of pregnancy ACOG Practice Bulletin No. 189. American College of Obstetricians and Gynecologists *Obstet Gynecol*. 2018; 131:e15-30.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Patient education: El Embarazo. 2016.
6. Alcolea S, Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de su matrona. 2011.
7. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency. Intensity. And patterns of change. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182(4):931-7.
8. Badell ML, Ramin SR, Smith JA. Treatment options for nausea and vomiting during pregnancy. *Pharmacotherapy*. 2006; 1273-87.
9. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
10. Lete I, Allué J. The Effectiveness of Ginger in the Prevention of Nausea and Vomiting during Pregnancy and Chemotherapy *Integr Med Insights* 2016; 11:11-7.
11. Stanisiere J. How Safe is Ginger Rhizome for Decreasing Nausea and Vomiting in Women during Early Pregnancy? *Foods* 2018; 7(4):Pii:E50.
12. Saberi F. Effect of ginger on relieving nausea and vomiting in pregnancy: a randomized, placebo-controlled trial. *Nurs Midwifery Stud*. 2014 [citado 10 jul 2021] Apr; 3(1):e11841. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228518/>

Nota: este trabajo originalmente fue publicado en la revista *TOKO-GINE* marzo-abril 2021. El Comité Editorial de *Matronas*

13. Thomson M, Corbin R, Leung L. Effects of ginger for nausea and vomiting in early pregnancy: a meta-analysis. *J Am Board Fam Med.* [internet] 2014 Jan-Feb [citado 10 jul 2021]; 27(1):115-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24390893>.
14. Ebrahimi N. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. *Int J Womens Health.* 2010; 2:241-8.
15. Matok I, Clark S, Caritis S, Miodovnik M, Umans JG, Hankins G, et al. Studying in the antiemetic effect of vitamin B₆ for morning pyridoxine and pyridoxal are prodrugs *J Clin Pharmacol.* 2014; 54(12):1429-33.
16. Shibata K. Urinary excretion levels of water- soluble vitamins in pregnant and lactating women in Japan. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo).* 2013; 59(3):178-86.
17. Wibowo N. Vitamin B₆ supplementation in pregnant women with nausea and vomiting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012; 116(3):206-10.
18. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to vitamin B₆. *EFSA Journal.* 2010; 8(10):1759.
19. Embarazo y fármacos de los Grupos A y B. Guía rápida para consulta de Atención Primaria. *Aria* [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.1aria.com/docs/sections/ayudaRapida/tratamientos/MEDICAMENTOS%20Y%20EMBARAZO%20grupos%20A%20y%20B%20ayuda%20en%20consulta.pdf>
20. Vutyavanich T, Wongtra-ngan S, Ruangsri R. Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* [internet] 1995 Sep [citado 10 jul 2021]; 173(3 Pt 1):881-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7573262/>
21. Dalton LM, Ni Fhloinn DM, Gaydazhieva GT, Mazurkiewicz OM, Leeson H, Wright CP. Magnesium in pregnancy. *Nutr Rev.* 2016; 74(9):549-57.
22. Makrides M, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. *Cochrane Data base Sys Rev.* 2001; (4):CD000937.
23. Geiger H, Wanner C. Magnesium in disease. *Clin Kidney J.* 2012; 5(Suppl 1):i25-i38.
24. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to magnesium. *EFSA Journal.* 2010; 8(10):1807.
25. Lavta-Pukkila U, Isolauri E, Laitinen K. Dietary and Clinical impacts of nausea and vomiting during pregnancy. *J Hum Diet.* 2010; 23(1):69-77.
26. Zareean A, Tarjan A. Effect of Magnesium Supplement on Pregnancy Outcomes: A Randomized Control Trial. *Adv Biomed Res.* 2017; 6:109.
27. Shionogy. Folleto informativo Nausagest. 2017. [internet] [citado 16 jul 2021]. Disponible en: <https://nausagest.com/>

Insomnio y menopausia: abordaje terapéutico y factores influyentes del insomnio en esta etapa

¹ Marta María Ortega García
² M^a Dolores Pozo Cano
³ Encarnación Martínez García
⁴ Adelina Martín Salvador

¹ Enfermera. Hospital Vithas, Granada.

E-mail: pozocano@ugr.es

² Matrona. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

³ Matrona. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital de Guadix (Agencia Pública Hospital de Poniente).

⁴ Enfermera. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

Fecha de recepción: 16 de junio de 2021.

Fecha de aceptación: 16 de julio de 2021.

Cómo citar este artículo:

Ortega García MM, Pozo Cano MD, Martínez García E, Martín Salvador A. Insomnio y menopausia: abordaje terapéutico y factores influyentes del insomnio en esta etapa. *Matronas Hoy* 2021; 9(2):22-30.

Resumen

Introducción: el insomnio es un problema que se da habitualmente en la menopausia. Si no se identifica y trata adecuadamente puede producir consecuencias adversas en las vidas de las mujeres, tanto en el ámbito individual (biopsicosocial), como de población general, por su impacto económico. Las matronas, como enfermeras especialistas en la asistencia a la mujer a lo largo de todo su ciclo sexual y reproductivo, se enfrentan con frecuencia a esta sintomatología que influye desfavorablemente en la calidad de vida y bienestar de las mujeres que lo padecen.

Objetivos: conocer los tratamientos que más ayudan a aliviar el insomnio en la menopausia, así como identificar los factores que pueden influir en la aparición de insomnio durante esta etapa.

Metodología: se llevó a cabo una revisión bibliográfica en los últimos seis años siguiendo la estrategia PRISMA en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Enfermería al Día, Scopus, Web Of Science, con una obtención de 25 artículos.

Resultados: se hallaron tratamientos variados que pueden ser efectivos para mitigar el insomnio en la menopausia, destacando la terapia cognitivo-conductual para el insomnio y la venlafaxina, seguidas del estradiol, escitalopram, ejercicio físico aeróbico y yoga. Entre los factores que pueden propiciar el insomnio en la menopausia destacaron los sofocos, la mayor edad y el tiempo de la etapa de la menopausia, así como otros factores psicosociales y demográficos.

Conclusiones: la terapia cognitivo-conductual para el insomnio, y la venlafaxina pueden considerarse los tratamientos que más alivian el insomnio durante la menopausia. Los sofocos, la mayor edad en la menopausia y los factores sociodemográficos se asociaron a la aparición de insomnio en la misma.

Palabras clave: menopausia; postmenopausia; insomnio; trastornos del sueño; matronas.

Abstract

Insomnia and menopause: therapeutic approach and factors determining insomnia at this stage.

Introduction: insomnia is a common problem during menopause. If it is not detected and treated adequately, it can cause adverse consequences in women's lives, both in the individual setting (biopsychosocial) and in the overall population, due to its economic impact. Midwives are nurses specialized in care for women throughout their entire sexual and reproductive cycle, and therefore they are often faced with this symptomatology, which has a negative impact on the quality of life and wellbeing of those women suffering it.

Objectives: to learn about those treatments most helpful to alleviate insomnia during menopause, as well as to identify those factors that might have an impact on the development of insomnia during menopause.

Methodology: a bibliographic review was conducted within the past six years, following the PRISMA strategy in the following databases: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Enfermería al Día, Scopus, and Web Of Science; 25 articles were retrieved.

Results: different treatments were found, which might be effective to alleviate insomnia during menopause; cognitive behavioural therapy for insomnia and venlafaxine stand out, followed by estradiol, escitalopram, aerobic physical exercise, and yoga. Some of the main factors that can lead to insomnia during menopause are hot flushes, advanced age, and the time of the menopause stage, as well as other psychosocial and demographic factors.

Conclusions: cognitive behavioural therapy for insomnia and venlafaxine can be considered as the best treatments for insomnia relief during menopause. Hot flushes, advanced age during menopause, and sociodemographic factors were associated with the development of insomnia during this stage.

Key words: menopause; post-menopause; insomnia; sleep disorders; midwives.

Introducción

El insomnio, siendo uno de los problemas que más se producen durante la menopausia^{1,2}, está asociado a diversas consecuencias adversas físicas (hipertensión), psicológicas (depresión), económicas (mayor uso de recursos sanitarios y menor productividad)^{2,3} y, en general, de calidad de vida, que se desarrollan a lo largo del tiempo³. Además, probablemente debido a la subjetividad de su diagnóstico y naturaleza multifactorial, actualmente se subestima y se trata insuficientemente².

Por otra parte, debido al aumento de la esperanza de vida, la mayoría de mujeres pasará más de un tercio de su vida en la transición menopáusica y la posterior postmenopausia^{4,5}, previéndose que para 2030 más de 1,2 billones de mujeres en el mundo alcanzarán los 50 años o más², siendo este un numeroso grupo con tasas de actividad laboral en aumento, y que tendrá nuevas necesidades⁶. Actualmente hay en España 5.437.962 mujeres con edades comprendidas entre los 45-60 años⁷.

La palabra menopausia procede del griego, donde μήνας= mes y παύσις= cesación, y fue acuñada por primera vez en 1816 por Gardanne (médico francés), "*ménéspausie*"⁸.

Se dispone de registros históricos relacionados con la menopausia que datan del año 2000 a.C., presentes en los papiros egipcios, donde se señalaba a las mujeres como rojas si menstruaban y blancas si eran menopáusicas⁹. A lo largo de la historia occidental se ha relacionado, frecuentemente, a la mujer menopáusica con connotaciones negativas, de muerte social, pérdida, toxicidad e incluso maleficencia, por lo que ha sido odiada; aunque, por otra parte, respetada y consultada⁹⁻¹¹. Sin embargo, existe otra manera de plantear esta etapa, donde la menopausia se ve como el inicio de una nueva forma de vida para la mujer, que cursa con menor tensión y carga con respecto a molestias propias de la menstruación, del posible embarazo; aunque mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas².

Si bien los conceptos menopausia y climaterio se utilizan equitativamente¹². El primero se define como un proceso biológico originado como resultado de la pérdida progresiva de la capacidad funcional folicular del ovario, donde se ocasiona una disminución en la producción de hormonas sexuales femeninas, destacando la disminución de los niveles de estrógeno (hipoestrogenismo), y se determina habiendo pasado doce meses en estado de amenorrea^{6,13}. Además, se estima que ocurre alrededor de los 51 años³, mientras que el segundo se puntualiza como el periodo de evolución entre la etapa fértil y la no reproductiva¹³.

El linde de edad para la menopausia comprende entre los 40 y 65 años¹², dividido en tres periodos sucesivos: a) premenopausia o menopausia precoz, b) perimenopausia, c) postmenopausia^{6,12,13}.

Durante la menopausia, algunas mujeres experimentan síntomas de intensidad variable, mientras que otras los experimentan mínimamente, o no tienen^{6,13}. La naturaleza y prevalencia de los síntomas son comunes a la mayoría de mujeres, y las variaciones dependen de factores de distinta índole, como los socioculturales^{4,6}.

El hipoestrogenismo produce tres tipos de síntomas. En orden cronológico son: 1) síntomas precoces (sofocos; trastornos depresivos; alteraciones del sueño, donde ocurre el insomnio que es el interés de este trabajo, pues la menopausia altera el ciclo circadiano del sueño, manifestándose en el 25% de las mujeres, siendo grave en un 15% entre los 50-64 años, y en un 16-25% por encima de los 65); 2) síntomas intermedios (síndrome genitourinario, que incluye cambios en la piel, atrofia vaginal); 3) síntomas tardíos (fenómenos trombóticos, osteoporosis)^{6,13}.

En cuanto al sueño, este es una actividad fisiológica que, aproximadamente, ocupa una tercera parte de la vida humana, donde se realizan funciones fisiológicas indispensables para el equilibrio físico-psíquico¹⁴.

El insomnio, siendo el trastorno del sueño más habitual, se define como la dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, la presencia de un sueño insuficientemente reparador, despertar precoz, aún guardando las condiciones adecuadas para el sueño. Provoca un deterioro del funcionamiento diurno y se considera, por sí solo, un factor de riesgo para el deterioro de la salud^{3,15}. En función de la etiología, puede ocurrir como trastorno primario (problema propiamente), o como trastorno secundario (expresión secundaria a una dolencia física/mental, a otro trastorno primario del sueño, o a la exposición/consumo de determinados fármacos u otras sustancias)¹⁴⁻¹⁶.

La *North American Nursing Diagnostics Association* (NANDA) define el insomnio como la alteración del tiempo y calidad del sueño que provoca malestar o interfiere con el funcionamiento diurno¹⁶.

Durante la menopausia, como consecuencia tanto por los cambios en los niveles de estrógeno, que pueden provocar la aparición de diversos síntomas que potencialmente afectarán al sueño, como por el estilo de vida hiperexigente, los constantes estímulos a los que se somete la población hoy en día, a la competitividad socio-laboral, con jornadas laborales extensas, al envejecimiento en sí¹⁷, las mujeres pueden experimentar una disminución del sueño profundo y un aumento de los despertares nocturnos¹⁸. Se ha evidenciado que su prevalencia varía en las etapas de la menopausia, y de todas ellas es en la transición a esta donde la prevalencia de insomnio es mayor^{1-3,19}.

El abordaje terapéutico del insomnio durante la menopausia puede ser farmacológico¹⁴, por ejemplo, terapia hormonal (TH), mediante la administración de estrógenos (fundamentalmente, estradiol), gestágenos (esencialmente, progesterona).

rona) o tibolona, que es una molécula sintética con acciones estrogénicas, progestagénicas y levemente androgénicas conjuntas¹³, fármacos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), destacando la venlafaxina²⁰. Como terapias no farmacológicas, que son menos utilizadas¹⁴, se pueden citar medidas higiénico-dietéticas, la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I)^{6,13}, que es un programa estructurado que incluye terapia cognitiva (desafía creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño), técnicas de comportamiento (la terapia de restricción del sueño (SRT), técnicas de relajación, de control de estímulos), y educación en higiene del sueño (SHE)²⁰, y se considera el tratamiento de primera línea para el insomnio en la menopausia²¹. Así como los fitoestrógenos, que son compuestos derivados de plantas, que imitan las acciones del estrógeno al unirse a los receptores de estrógeno α y β (especialmente, las isoflavonas)²². El tratamiento también puede combinar terapias farmacológicas con no farmacológicas¹⁴.

Tratamientos alternativos como el yoga, los masajes o el ejercicio pueden ser útiles, pero hasta ahora no han demostrado su eficacia como tratamientos independientes²⁰.

El *American College of Physicians* recomienda la TCC-I como tratamiento inicial para el insomnio crónico, y que los sanitarios, mediante una toma de decisiones compartida, evalúen si la terapia farmacológica debe considerarse cuando la TCC-I no resulta efectiva²³.

Justificación

Sabiendo que el insomnio es común en las mujeres menopáusicas, y que no tratarlo constituye un problema de salud pública¹⁹, tanto debido al impacto individual en la esfera biopsicosocial de cada mujer, como en el ámbito de población general, dado el costo del tratamiento del insomnio, la pérdida de productividad laboral y la disminución en la calidad de vida^{2,3}, se consideró importante la realización de este trabajo para conocer mejor la relación entre el insomnio y la menopausia, para brindar una mejor atención. Conocer la prevención y tratamiento por parte, principalmente, de las matronas, dado que la asistencia a la mujer menopáusica se engloba dentro de su área de intervención como especialistas habilitadas en la salud de la mujer, es primordial para enfocar la acción sobre este problema y dar respuestas acertadas a las mujeres que lo sufren.

Objetivos

- Conocer los tratamientos que más ayudan a aliviar el insomnio en la menopausia.
- Identificar los factores que pueden influir en la aparición de insomnio durante la menopausia.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando el tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), se obtuvieron las palabras clave: "trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño", "menopausia", "menopausia prematura", "postmenopausia", y del tesoro MeSH los sinónimos en inglés: "*sleep initiation and maintenance disorders*", "*menopause*", "*menopause, premature*", "*postmenopause*"; y se utilizaron las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Enfermería al Día, Scopus, Web Of Science. Esta revisión se efectuó entre noviembre de 2019 y marzo de 2020.

En primer lugar se empleó la ecuación de búsqueda ("menopausia" or "menopausia prematura" or "postmenopausia") and ("insomnio" or "trastornos del inicio y mantenimiento del sueño") y en inglés, ("*menopause*" or "*menopause, premature*" or "*postmenopause*") and ("*insomnia*" or "*sleep initiation and maintenance disorders*"); los operadores booleanos empleados fueron AND, OR.

Los criterios de inclusión fueron: "texto completo", "humanos", "publicaciones entre enero 2014-diciembre 2019", "publicaciones con resultados originales"; los idiomas aceptados incluyeron español, inglés, francés y portugués. Los criterios de exclusión fueron "revisiones".

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión se realizó un cribado por título, resumen y lectura integral.

La metodología de los estudios utilizados se clasificó según Montero y León²⁴ y Molina-Arias²⁵.

Para evaluar la calidad de los artículos se empleó la herramienta "*Quality Assessment Tool*"²⁶.

Seguidamente se presenta un diagrama de flujo, siguiendo la metodología PRISMA²⁷, donde se observa la secuencia empleada para la selección de estudios (Figura 1).

Resultados y discusión

Esta revisión se desarrolló para conocer, por una parte, qué tratamientos alivian más el insomnio durante la menopausia, y por otra, qué factores propician su aparición.

Con objeto de aliviar el insomnio, varios investigadores coincidieron en la importancia de probar con terapias no farmacológicas, a fin de proporcionar alternativas a los fármacos convencionales, especialmente, la terapia hormonal (TH), debido a los efectos secundarios que provocan estos fármacos, que no siempre son bien aceptados por algunas mujeres^{22,28,29}.

En línea con estas investigaciones, Hirose et al.²² compararon los efectos de la isoflavona aglicona (fitoestrógeno) a dosis bajas (25 mg), ultrabajas (12,5 mg) y placebo, midiéndose los resultados con el *Athens Insomnia Scale*, que mediante una escala Likert (de 0= sin problema a 3= gran dificultad)

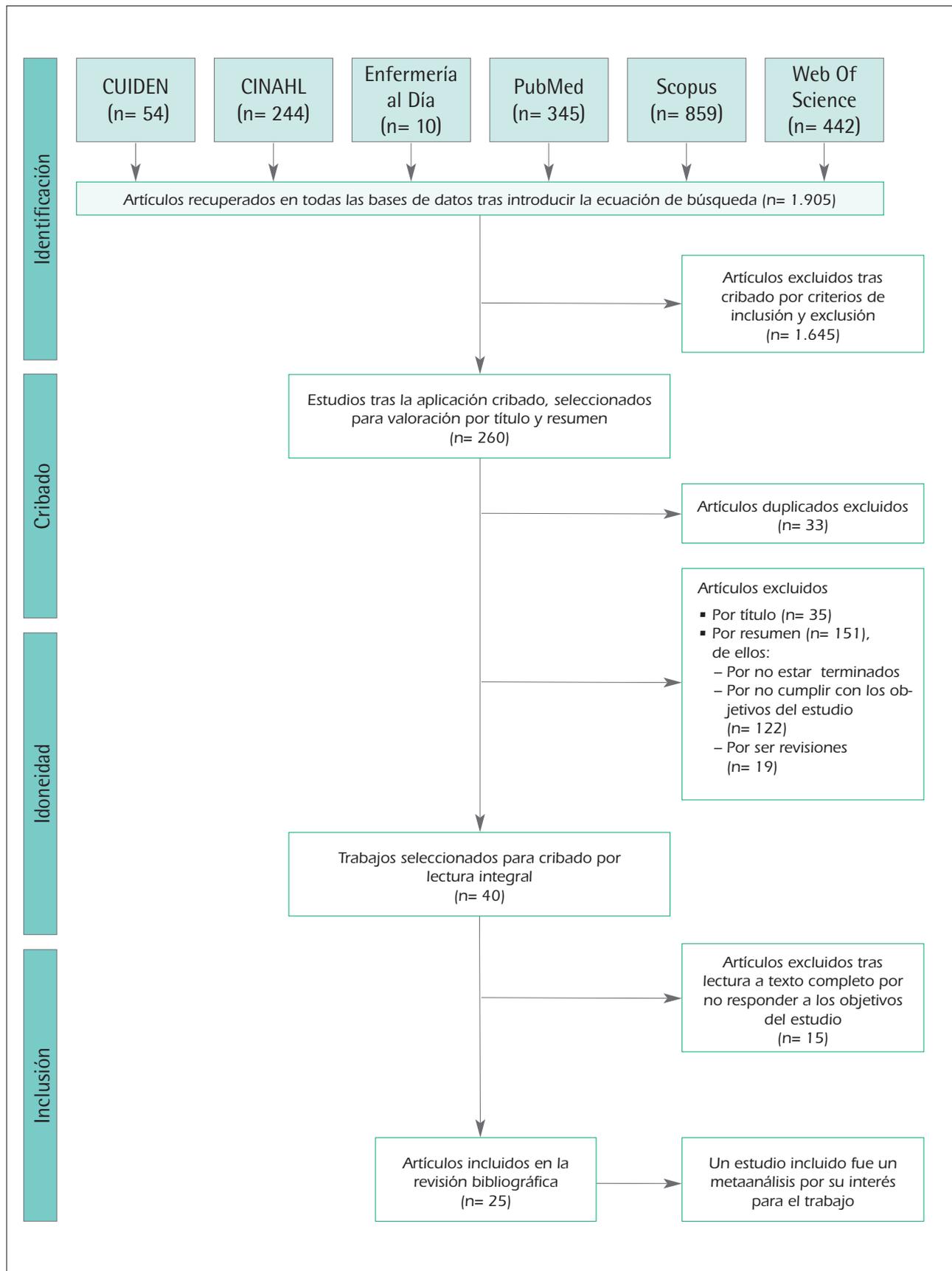


Figura 1. Diagrama de flujo

evaluaba la gravedad del insomnio, y observó que en el grupo de dosis bajas mejoró significativamente el insomnio (media±error estándar, 5,0±0,6 vs. 3,2±0,4 vs. 3,2±0,5, $p=0,0006$ en la semana 4, y $p=0,002$ en la semana 8). Otro trabajo observó que la disminución postratamiento de incidencia de insomnio no fue significativa (de 41,3% a 37,3%). Sin embargo, al valorar la media de puntuación de la severidad de los síntomas de insomnio (utilizando un cuestionario de elaboración propia, en una escala de 0= ninguna a 3= severa) se observó una disminución de 0,89 a 0,49, siendo estadísticamente significativo $p=0,00028$. Las diferencias pueden deberse a que en el primer estudio se administraron 12,5 y 25 mg de isoflavona²² y en el segundo, 75 mg²⁸. Además, el primer trabajo fue un ECAC²², y el segundo se efectuó en un único grupo²⁸.

Por otra parte, Jokar et al.²⁹ obtuvieron mejorías significativas ($p<0,001$) en la puntuación del cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), en el que las puntuaciones varían de 0 a 21, y la obtención de 5 puntos o más indica trastorno del sueño, comparando antes y después del estudio, el uso de hierbas de Valeriana (media antes: 13,45±1,95, y después: 8,13±2,77) con el grupo placebo, que no fue significativo. Otros investigadores, administrando un suplemento con 80 mg de *Eschscholtzia californica* y 32 mg de Valeriana, midieron la severidad de los síntomas de insomnio mediante el cuestionario *Insomnia Severity Index* (ISI) (la puntuación, mediante una escala de Likert de 5 puntos, varía de 0 a 28, siendo los síntomas de insomnio más severos cuanto mayor el tanteo; no clínicamente significativo (0-7), subliminal (8-14), moderado (15-21), severo (22-28)), consiguieron disminuir significativamente ($p<0,0001$) las puntuaciones al 30% (media antes 16,09±3,67, y después 11,32±4,78)³⁰.

También se obtuvieron mejorías en una mujer a quien se aplicó un suplemento de Flores de Bach observándose una disminución de insomnio clínico grave (Puntuación: 22) a subliminal (P:10), valorado mediante el cuestionario ISI. Además, la polisomnografía (PSG) también evidenció mejorías clínicamente significativas al observarse un aumento de la eficiencia del sueño y disminución de la latencia del mismo. En cambio, aumentó la fragmentación del sueño³¹. Sin embargo, la muestra fue demasiado pequeña para declarar su efectividad de forma definitiva.

Cohen et al.³², comparando el efecto del Omega-3 frente a placebo entre tres grupos de comparación (ejercicio físico aeróbico vs. ejercicio físico habitual vs. yoga), no encontraron mejorías significativas ($p=0,73$), siendo la media de disminuciones del ISI de 3,8 puntos en el grupo de Omega-3 y de 3,7 en el grupo control. Sin embargo, no se contemplaron las diferencias entre los tres grupos de comparación, por lo que Sternfeld et al.³³ realizaron un ECAC con un grupo de ejercicio físico aeróbico vs. ejercicio habitual, y obtuvieron una pequeña mejoría en los síntomas

de insomnio con ejercicio físico aeróbico ($p=0,025$) entre el inicio y la semana 12, y el grupo control. No obstante, los autores expresaron que las diferencias grupales fueron pequeñas y la mejoría en los síntomas de insomnio no fue significativa. Siguiendo la misma premisa que el estudio anterior, Newton et al.³⁴ realizaron un ECAC donde encontraron que el yoga mejoró significativamente los síntomas de insomnio, siendo la disminución media del ISI de 4,4 puntos en el grupo de yoga, y de 3,1 en el grupo control (ejercicio habitual), $p=0,007$. No se planearon comparaciones directas entre el yoga y el ejercicio aeróbico.

Otro artículo³⁵, que evaluó el efecto del yoga, obtuvo una disminución de la media de insomnio, presentando antes del estudio un 55,83% de insomnio (puntuación media 40,20±8,24), y después un 35,28% de insomnio (puntuación media 25,40±5,73).

Por otra parte, Jokar et al.²⁹ diseñaron un ECAC y, aplicando el PSQI, obtuvieron disminuciones significativas ($p<0,001$), comparando antes y después del estudio, la práctica de ejercicios de relajación, en comparación con el placebo.

En otro trabajo se consiguieron puntuaciones significativas ($p<0,001$) al comparar la práctica de acupuntura, disminuyendo la puntuación del ISI de 22,32 a 10,97, y en el grupo de placebo reduciéndose de 21,73 a 18,86³⁶.

Por otra parte, dos investigaciones examinaron las terapias conductuales, también a fin de probar otro tipo de terapia, para evitar los efectos secundarios de los fármacos^{21,37}. McCurry et al.²¹ recomendaron la TCC-I por teléfono, al obtener, tras 24 semanas de tratamiento, una media de disminuciones en el ISI de 10,7 puntos (intervalo de confianza al 95% (IC 95%) de 11,9-9,4), y en el grupo de MEC (protocolo educativo de la menopausia que ayuda a las mujeres a reducir la incertidumbre sobre los cambios de la menopausia y a identificar estrategias para el autocontrol sintomático) una media de disminuciones de 6,7 (IC 95% de 8,4-5,0) y una media de 4,0 puntos de diferencia (IC 95% 6,0-1,9) entre ambos grupos, $p<0,001$).

Conformes al trabajo anterior, Drake et al.³⁷ también observaron grandes reducciones en las puntuaciones del ISI, tanto con SRT (6,56), como con TCC-I (6,70) frente a SHE (1,12), en los síntomas de insomnio.

Siendo las dos investigaciones ECAC, las diferencias pueden deberse al distinto tamaño muestral 106²¹ vs. 150³⁷; al tiempo de intervención 8²¹ vs. 24³⁷ semanas; a los diferentes grupos de control incluidos en los estudios (TCC-I vs. MEC²¹; TCC-I vs. SRT vs. SHE³⁷).

Finalmente, en un estudio cualitativo, más del 80% de las mujeres menopáusicas expresó interés por recibir un programa de estilo de vida estructurado, que incluyese estrategias de pérdida/mantenimiento de peso para aliviar los

síntomas menopáusicos, siendo el insomnio identificado como uno de los más severos³⁸.

En cuanto a las terapias farmacológicas, Ensrud et al.³⁹ llevaron a cabo un ECAC en 339 mujeres, donde compararon los efectos del uso de la hormona de estradiol y venlafaxina (IRSNI) sobre los síntomas de la menopausia, en contraste al placebo, observándose que los tratamientos con dosis bajas de venlafaxina y estradiol fueron moderadamente más efectivos que el placebo para reducir los síntomas de insomnio. Ambos tratamientos redujeron la puntuación del ISI, aunque solo la venlafaxina produjo resultados estadísticamente significativos (venlafaxina vs. placebo, $p=0,007$).

Madaeva et al.⁴⁰ recomendaron la administración de melatonina y terapia lumínica por la mañana, pues sugirieron que el insomnio durante la perimenopausia se asocia con la alteración de la secreción máxima de melatonina desde la noche hasta las primeras horas de la mañana, y existe una tendencia de disminución de los niveles de esta en mujeres postmenopáusicas. Asimismo, otros autores también recomendaron la administración de melatonina (5 mg) por la tarde en mujeres menopáusicas, conjuntamente con 20 mg de fluoxetina (ISRS), al obtener mejorías significativas en las puntuaciones del ISI después de 12 y 24 semanas ($15,8\pm 2,4$ inicialmente, $9,4\pm 2,0$ a las 12 semanas, $p < 0,01$; $7,7\pm 1,5$ a las 24 semanas, $p < 0,001$)⁴¹.

Finalmente una investigación que comparó los efectos de siete intervenciones (escitalopram, venlafaxina, estradiol, ejercicio físico aeróbico, yoga, Omega-3 y TCC-I) con respecto a un grupo control, obtuvo que la TCC-I produjo la mayor reducción desde el inicio hasta el seguimiento tanto en las puntuaciones del ISI (5,2 puntos, semana 8), como del PSQI (2,7 puntos, semana 8). El ejercicio (disminución del ISI: 2,1 puntos, semana 12) y la venlafaxina (reducción del ISI: 2,3 puntos, semana 8) también tuvieron efectos beneficiosos. Pequeñas reducciones del ISI (≈ 1) con estradiol, yoga y escitalopram. En cuanto a los descensos en la puntuación del PSQI del resto de tratamientos, se observaron disminuciones similares (de 1,2-1,6), salvo el Omega-3, que mostró pocos efectos sobre el ISI o PSQI.

Además, el *odds ratio* (OR) para la remisión de los síntomas de insomnio (ISI < 8) al final del tratamiento con respecto al control fue mayor para la TCC-I que para otras intervenciones, aunque también se observaron logros en la remisión con el ejercicio, yoga y venlafaxina. Estos resultados respaldan las recomendaciones actuales del uso de TCC-I como tratamiento de primera línea en mujeres menopáusicas con insomnio²³.

Atendiendo a los factores que pueden propiciar la aparición de insomnio en la menopausia, Robaina et al.⁴² observaron que la prevalencia de insomnio en la menopausia mostró un efecto dosis-respuesta en relación con las variables socioe-

conómicas y demográficas. El insomnio fue directamente proporcional a la edad, e inversamente proporcional al ingreso per cápita y a la educación, de manera estadísticamente significativa ($p < 0,01$), tanto para las quejas ocasionales (OR 1,56 IC 95% 1,05-2,33) como para las quejas frecuentes (OR 1,53 IC 95% 0,95-2,46). Así, señalaron que la relación entre insomnio y factores psicosociales puede ser bidireccional, actuando el insomnio como consecuencia/factor de riesgo de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad), alcoholismo, significando que, si no se trata adecuadamente, el insomnio puede favorecer la aparición de tales problemas.

Indira et al.⁴³ también obtuvieron una correlación positiva ($r=0,0192$) entre la puntuación del PSQI y la edad de las participantes, $p < 0,05$; una correlación negativa ($r=-0,080$) con la paridad (a mayor paridad, menor puntuación del PSQI).

Asimismo, unos investigadores estudiaron los factores que provocan insomnio en la menopausia, hallando una relación significativa entre insomnio y edad ($\chi^2=27,48$, $p=0,007$)⁴⁶.

Se obtuvieron asociaciones significativas en los tres trabajos. Siendo todos transversales, las diferencias pueden deberse al tamaño muestral 2.190⁴² vs. 37⁴³ vs. 128⁴⁶.

Tres artículos encontraron asociaciones significativas entre la etapa de la menopausia y la calidad de sueño^{19,44,45}. En un trabajo obtuvieron que los síntomas de insomnio fueron 1,3 veces más frecuentes en la etapa tardía de la perimenopausia que en la etapa temprana, (OR 1,3; IC 95% 1,2-1,5), $p < 0,001$ ¹⁹.

Kim et al.⁴⁴ obtuvieron puntuaciones de PSQI significativamente más altas en mujeres posmenopáusicas que en premenopáusicas ($4,14\pm 2,50$ vs. $3,26\pm 2,03$, $p=0,002$). Asimismo, la prevalencia de mala calidad de sueño fue mayor en mujeres postmenopáusicas (30,2%) que en premenopáusicas (14,4%).

De acuerdo con Freeman et al.⁴⁵, las mujeres con déficit de sueño moderado/severo durante la premenopausia tuvieron 3,5 veces más probabilidades de tener déficit de sueño moderado/severo en la transición menopáusica que aquellas sin sueño pobre al inicio del estudio (OR 3,58; IC 95% 2,50-5,11, $p < 0,0001$), mientras que las mujeres que tenían un sueño levemente pobre durante la premenopausia, tenían aproximadamente 1,5 veces más probabilidades de tener sueño moderado/severamente pobre en la transición menopáusica (OR 1,57; IC 95% 0,99-2,47, $p=0,053$). Por ende, la falta de sueño durante la premenopausia es un fuerte predictor de la falta de sueño durante la transición menopáusica.

Las diferencias entre los resultados de los trabajos pueden deberse a los distintos tamaños muestrales 3.302¹⁹ vs. 634⁴⁴ vs. 255⁴⁵.

Dentro de este apartado destaca el papel de los síntomas menopáusicos que más influyen en el desarrollo de insomnio.

Varios estudios lo relacionaron con síntomas vasomotores significativamente ($p < 0,001$)^{1,2,44,45}. Esto puede deberse a la desregulación hormonal producida durante la transición menopáusica, que genera un estrechamiento de la zona termoneutral, lo que provoca mayor gravedad de los sofocos, aumentando así los episodios de insomnio^{19,38}. De acuerdo con este argumento, Baker et al.² sostuvieron que la dificultad para dormir en mujeres que desarrollaron insomnio en la transición menopáusica no se limitaba a su percepción, sino que estuvo respaldada por un estudio de déficit de sueño medible definido por PSG ($p < 0,01$). Los sofocos, evaluados en más de la mitad de las insomnes, contribuyeron a un sueño medido con PSG más pobre ($p = 0,03$).

Igualmente, Smith et al.¹ expusieron que las probabilidades de sufrir insomnio aumentaron en las mujeres con sofocos nocturnos, matizando el haber experimentado insomnio durante la perimenopausia. Asimismo, Kim et al.⁴⁴ hallaron correlaciones significativas ($r = 0,243$, $p < 0,001$) entre los síntomas vasomotores y la calidad de sueño, comparando los ítems del PSQI y el Menopause-specific Quality of Life.

Freeman et al.⁴⁵ obtuvieron que los sofocos se asociaron significativamente con un sueño deficiente en la transición menopáusica (OR 1,79, IC 95% 1,44-2,21, $p < 0,0001$), pero no tuvieron interacción con la severidad de sueño antes del estudio. Esto indica que los sofocos contribuyeron a un sueño deficiente independientemente del estado de sueño inicial.

Otra investigación halló una relación significativa entre la ocurrencia de insomnio y de depresión ($\chi^2 = 12,93$, $p = 0,005$) y síntomas de depresión ($\chi^2 = 81,86$, $p < 0,001$)⁴⁶.

Se considera importante prestar atención a la etapa de la menopausia donde se encuentra la mujer, atendiendo a su situación sociodemográfica y edad, así como a los síntomas vasomotores y psicológicos porque pueden ser claves para identificar precozmente o prevenir la aparición de insomnio.

Esta revisión tiene como limitaciones:

- Los artículos incluidos son de idioma extranjero. Puede haber diferencias entre la intención original de los autores y la traducción efectuada.
- Algunos trabajos incluidos presentaron metodologías variadas que dificultaron su comparación (muestras pequeñas, instrumentos de medida distintos), asimismo gran parte de los artículos evaluaron los efectos de los tratamientos en el insomnio secundariamente. Se necesitan investigaciones con procedimientos similares, cuyo objetivo principal sea tratar el insomnio.
- La vivencia/percepción de la menopausia y sus síntomas varían según la cultura, no pudiendo generalizar los resultados para todas las mujeres que experimentan menopausia.

Implicaciones para la práctica clínica

La enfermería en general, y particularmente las matronas por su competencia en el área de cuidado de la salud de la mujer a lo largo de toda su vida dentro del equipo multidisciplinar, pueden beneficiarse del conocimiento de herramientas de detección de factores que propician la aparición de insomnio en la menopausia (cuestionarios de detección de síntomas de insomnio, como ISI, PSQI), así como de los tratamientos disponibles, para saber asesorar y educar a las mujeres individualmente acerca del que más se ajuste al riesgo-beneficio que represente para su salud, tolerancia y preferencias.

Conclusiones

Los tratamientos que más ayudan a aliviar el insomnio en la menopausia son las TCC-I (no farmacológico) y la venlafaxina (farmacológico), aunque se necesitan más investigaciones para contrastar los resultados incluidos.

Los factores que pueden influir en la aparición del insomnio son los sofocos y la mayor edad en la menopausia, así como los psicosociales y demográficos. La realización de estudios longitudinales sería relevante para buscar la causalidad del insomnio en la menopausia.

Bibliografía

1. Smith RL, Flaws JA, Mahoney MM. Factors associated with poor sleep during menopause: results from the Midlife Women's Health Study. *Sleep Med.* 2018; 45:98-105. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.01.012>
2. Baker FC, Willoughby AR, Sassoon SA, Colrain IM, de Zambotti M. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psycho neuro endocrinology.* 2015; 60:96-104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.06.005>
3. Baker FC, Lampio L, Saaresranta T, Polo-Kantola P. Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. *Sleep Med Clin* 2018; 13(3):443-56. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.04.011>
4. Zhang JP, Wang YQ, Yan MQ, Li ZA, Du XP, Wu XQ. Menopausal Symptoms and Sleep Quality During Menopausal Transition and Postmenopause. *Chin Med J* 2016; 129:771-7. Doi: <https://doi.org/10.4103/0366-6999.178961>
5. Chair SY, Wang Q, Cheng HY, Lo SW, Li XM, Wong EM, et al. Relationship between sleep quality and cardiovascular disease risk in Chinese post-menopausal women. *BMC Womens Health* 2017; 17(1):79. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0436-5>
6. Cuadros-López JL. Menopausia. En: Salamanca-Ballesteros A (coord.). *Ginecología y Obstetricia: Grado en Medicina*. Granada: Editorial Técnica AVICAM; 2014. p. 197-207.
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Población por comunidades, edad (grupos quinquenales), españoles/Extranjeros, Sexo y Año [aprox. 1 pantalla]. Madrid: INE;

- 2019 [citado 16 jul 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
8. Lugones-Botell M, Ramírez Bermúdez M. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. *Revista* [internet]. 2008 [citado 16 jul 2021]; volumen. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi16408.pdf>
 9. Cárdbaga-García RM, Cárdbaga-García I. Concepción sociocultural del climaterio en Occidente. *Cul Cuid* [internet]. 2017 [citado 16 jul 2021]; 21(49):108-14. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/49pdf/49108.pdf>
 10. Chinchilla-Badilla I, Castillo-Vargas A. Conceptos e historia del cese menstrual: un acercamiento género-sensitivo. *Rev costarricense de Psico* [internet]. 2013 [citado 16 jul 2021]; 32(2):215-36. Disponible en: <http://www.rcpscr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/28/27>
 11. Capote-Bueno MI, Segredo-Pérez AM, Gómez-Zayas O. Climaterio y menopausia. *Rev cubana Med Gen Integr* [internet]. 2011 [citado 16 jul 2021]; 27(4):543-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es&tng=es
 12. Dias R, Terciotti de Oliveira A, de Souza-Vespasiano B, da Cunha-Nascimento D, Prestes J. O treinamento de força melhora os sintomas climatéricos em mulheres sedentárias na pós-menopausa. *ConScientiae Saúde* 2013; 12(2):249-58. Doi: <https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v12n2.4200>
 13. Mendoza-Ladrón de Guevara N, Cuadros-López JL. Menopausia. En: Mendoza-Ladrón de Guevara N, Mozas-Moreno J, Salamanca-Ballesteros A, et al. (coord.). *Manual de Ginecología*. Granada: Editorial Técnica AVICAM; 2018. p. 153-67.
 14. Baidés-Noriega R, Noriega-Camporro S, Inclán-Rodríguez AM. Enfermería y tratamiento no farmacológico para el manejo del insomnio. *Enferm Global* 2019; 18(2):512-3. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322311>
 15. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales Sis San Navarra* [internet]. 2007 [citado 16 jul 2021]; 30(1): 19-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003&lng=es
 16. Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2019.
 17. Martínez-Sebastiá N, Anarte-Ruiz C, Masoliver-Forés A, Gargallo-Monserrate A, López-Ferreruela I. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 16 jul 2021]; 5(1):27-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5858775>
 18. Rajagopal A, Ninotchka LS, Schotland HM, Pérez IA, Sockrider M. Women and sleep. *Am J Respir Crit Care Med* [internet]. 2018 [citado 16 jul 2021]; 197:19-20. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.19711P19>
 19. Ciano C, King TS, Wright RR, Perlis M, Sawyer AM. Longitudinal Study of Insomnia Symptoms Among Women During Perimenopause. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [internet]. 2017 [citado 16 jul 2021]; 46(6):804-13. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.07.011>
 20. Tal JZ, Suh SA, Dowdle CL, Nowakowski S. Treatment of Insomnia, Insomnia Symptoms, and Obstructive Sleep Apnea During and After Menopause: Therapeutic Approaches. *Curr Psychiatry Rev*. 2015; 11(1):63-83. Doi: <https://doi.org/10.2174/1573400510666140929194848>
 21. McCurry SM, Guthrie KA, Morin CM, Woods NF, Landis CA, Ensrud KE, et al. Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Perimenopausal and Postmenopausal Women With Vasomotor Symptoms: A MsFLASH Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2016; 176(7):913-20. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1795>
 22. Hirose A, Terauchi M, Akiyoshi M1, Owa Y, Kato K, Kubota T. Low-dose isoflavone aglycone alleviates psychological symptoms of menopause in Japanese women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 293(3): 609-15. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3849-0>
 23. Guthrie KA, Larson JC, Ensrud KE, Anderson GL, Carpenter JS, Freeman EW. Effects of Pharmacologic and Nonpharmacologic Interventions on Insomnia Symptoms and Self-reported Sleep Quality in Women With Hot Flashes: A Pooled Analysis of Individual Participant Data From Four MsFLASH Trials. *Sleep*. 2018; 41(1). Doi: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx190>
 24. Montero I, León O. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol* [internet]. 2007 [citado 16 jul 2021]; 7(3):847-62. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
 25. Molina-Arias M, Ochoa-Sangrador C. Tipos de estudios epidemiológicos. *Evid Pediatr* [internet]. 2013 [citado 16 jul 2021]; 9:53. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/files/41-12041-RUTA/53Fundamentos.pdf>
 26. National Institutes of Health (NIH). *Study Quality Assessment Tools* [aprox. 2 pantallas]. Bethesda: NIH; 2014 [citado 16 jul 2021]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
 27. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [internet]. 2014 [citado 16 jul 2021]; 18(3):172-81. Disponible en: <https://fcsalud.ua.es/en/portal-de-investigacion/documentos/tools-for-the-bibliographic-research/statement-prism.pdf>
 28. Vital S. Evaluation of phytoestrogens as a therapeutic alternative to hormone replacement therapy (HRT) in postmenopausal women. *J Evolution Med Dent Sci* 2016; 5(103):7587-91. Doi: <http://doi.org/10.14260/jemds/2016/1716>
 29. Jokar A, Kargosha A, Akarzadeh M, Asadi N, Setoudeh Z, et al. Comparing the influence of relaxation training and con-

- sumption of valerian on insomnia of menopause women: A randomized clinical trial. *Afr J Trad Complement Altern Med* [internet]. 2016 [citado 16 jul 2021]; 13(1):40-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajtcam.v13i1.6>
30. Ait-Abdellah S, Berlin A, Blondeau C, Guinobert I, Guilbot A, Beck M. A combination of *Eschscholtzia californica* Cham. and *Valeriana officinalis* L. extracts for adjustment insomnia: A prospective observational study. *J Tradit Complement Med* 2019; 10(2): 116-23. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.jtcme.2019.02.003>
 31. Siegler M, Frange C, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. Effects of Bach Flower Remedies on Menopausal Symptoms and Sleep Pattern: A Case Report. *Alternative Therapies in Health & Medicine* [internet]. 2017 [citado 16 jul 2021]; 23(2):44-8. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122773707&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
 32. Cohen LS, Joffe H, Guthrie KA, Ensrud KE, Freeman M, Carpenter JS, et al. Efficacy of omega-3 for vasomotor symptoms treatment: a randomized controlled trial. *Menopause* [internet]. 2014 [citado 16 jul 2021]; 21(4):347-54. Doi: <http://doi.org/10.1097/GME.0b013e31829e40b8>
 33. Sternfeld B, Guthrie KA, Ensrud KE, LaCroix AZ, Larson JC, Dunn AL, et al. Efficacy of exercise for menopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause* 2014; 21(4): 330-8. Doi: <http://doi.org/10.1097/GME.0b013e31829e4089>
 34. Newton KM, Reed SD, Guthrie KA, Sherman KJ, Booth-LaForce C, Caan B, et al. Efficacy of Yoga for Vasomotor Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Menopause* 2014; 21(4):339-46. Doi: <http://doi.org/10.1097/GME.0b013e31829e4baa>
 35. Patel R, Suresh V, Ravindra HN. A Study to Evaluate the effect of Yoga on Insomnia among Post Menopausal Women in Selected Rural Areas at Vadodara. *International Journal of Nursing Education* [internet]. 2015 [citado 16 jul 2021]; 7(3):163-7. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=110819583&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
 36. Fu C, Zhao N, Liu Z, Yuan LH, Yu XT, Yu H, et al. Acupuncture improves peri-menopausal insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep* 2017; 40(11). Doi: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx153>
 37. Drake CL, Kalmbach DA, Arnedt JT, Cheng P, Tonnu CV, Cua-matzi-Castelan A, et al. Treating chronic insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep* 2019; 42(2):zsy217. Doi: <http://doi.org/10.1093/sleep/zsy217>
 38. Marlatt KL, Beyl RA, Redman LM. A qualitative assessment of health behaviors and experiences during menopause: A cross-sectional, observational study. *Maturitas* 2018; 116: 36-42. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.07.014>
 39. Ensrud KE, Guthrie KA, Hohensee C, Caan B, Carpenter JS, Freeman EW, et al. Effects of Estradiol and Venlafaxine on Insomnia Symptoms and Sleep Quality in Women with Hot Flashes. *Sleep* 2015; 38(1):97-108. Doi: <http://doi.org/10.5665/sleep.4332>
 40. Madaeva IM, Semenova NV, Solodova EI. Circadian Rhythms of Melatonin Secretion in Peri- and Postmenopausal Women with Insomnia. *Int J Biomed* 2017; 7(2):126-30. Doi: [http://dx.doi.org/10.21103/Article7\(2\)_OA8](http://dx.doi.org/10.21103/Article7(2)_OA8)
 41. Chojnacki C, Walecka-Kapica E, Klupinska G, Pawlowicz M, Blonska A, Chojnacki J. Effects of fluoxetine and melatonin on mood, sleep quality and body mass index in postmenopausal women. *J Physiol Pharmacol* [internet]. 2015 [citado 16 jul 2021]; 66(5):655-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26579572>
 42. Robaina JR, Lopes CS, Rotenberg L, Faerstein E. Fatores psicossociais e socioeconômicos relacionados à insônia e menopausa: Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* [internet]. 2015 [citado 16 jul 2021]; 31(3):597-606. Doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00045014>
 43. Indira M, Kasikrishnaraja, P. Patterns of sleep impairments in an epidemiological cohort of postmenopausal women in Perundurai. *J Evolution Med Dent Sci*. 2018; 7(16):1955-61. Doi: <http://doi.org/10.14260/jemds/2018/440>
 44. Kim MJ, Yim G, Park HY. Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *PLoS ONE*. 2018; 13(2):e0192934. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192934>
 45. Freeman EW, Sammel MD, Gross SA, Pien GW. Poor Sleep in Relation to Natural Menopause: A Population Based 14-Year Follow-up of Mid-Life Women. *Menopause* 2015; 22(7):719-26. Doi: <http://doi.org/10.1097/GME.0000000000000392>
 46. Karpeta-Pawlak IE, Wolińska W, Mroczek B. Factors causing insomnia in postmenopausal women. *Fam Med Prim Care Rev*. 2017; 19(3):225-9. Doi: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69280>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

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



Alimentación complementaria autorregulada por el bebé (BLW)

¹ Marina Escofet Peris
² Olga Manalbens Sants

¹ Médica de Familia. Equipo de Atención Primaria Masnou. Institut Català de la Salut. Metropolitana Nord.

E-mail: marina.escpe@gmail.com

² Médica de Familia. Equipo de Atención Primaria Bon Pastor. Institut Català de la Salut.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2021.
Fecha de publicación: 12 de julio de 2021.

Cómo citar este artículo:

Escofet Peris M, Manalbens Sants O. Alimentación complementaria autorregulada por el bebé (BLW). *Matronas Hoy* 2021; 9(2):32-8.

Resumen

Introducción: la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a partir de los 6 meses. El *baby led weaning* (BLW) es una forma de alimentación complementaria, literalmente "destete dirigido por el bebé", o más específicamente, alimentación complementaria autorregulada por el bebé, cada vez más utilizada, aunque relacionado con esta gravita sobre padres y profesionales, entre otros temores, el miedo al atragantamiento.

Objetivos: actualizar los conocimientos sobre el método de alimentación complementaria del bebé BLW; detallar los beneficios e inconvenientes del método, precauciones y consejos para minimizar los accidentes del niño; y dar indicaciones para implementar la introducción segura de alimentación complementaria con el enfoque BLW.

Material y método: revisión de la bibliografía relacionada.

Conclusiones: la utilización de la BLW se alinea con las recomendaciones actuales del destete y existen evidencias de que podría reportar resultados positivos para la salud del niño. Sería interesante que las matronas también tuvieran información actualizada al respecto para estar en disposición de informar con seguridad del proceso BLW a los progenitores que lo soliciten.

Palabras clave: destete; alimentación complementaria autorregulada; BLW; alimentos sólidos; matronas.

Abstract

Complementary feeding self-regulated by the baby (BLW)

Introduction: the World Health Organization (WHO) recommends that infants should start receiving complementary feeding from their six months of life. *Baby-led weaning (BLW)* is a form of complementary feeding, most specifically complementary feeding self-regulated by the baby, which is being increasingly used; however, one of the concerns associated with this among parents and professionals is the fear of choking.

Objectives: to update the knowledge regarding the BLW method of complementary feeding for babies, to detail its benefits and drawbacks, precautions and tips to minimize accidents in children; and to provide instructions about how to implement the safe introduction of complementary feeding with the BLW approach.

Material and methods: a review of the relevant bibliography.

Conclusions: the use of BLW is aligned with the current recommendations on weaning, and there is evidence that it could deliver positive results for the health of the child. It would be interesting that midwives also had updated information about it, so that they could be able to inform safely about the BLW process to those parents who request it.

Key words: weaning; self-regulated complementary feeding; BLW; solid food; midwives.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a partir de los 6 meses, primero dos/tres veces al día y a partir de los 9-11 meses unas tres/cuatro veces al día¹. Justifica esta necesidad la OMS afirmando que "la introducción de alimentación complementaria es necesaria para asegurar una ingesta óptima de energía y nutrientes cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales en términos de energía y nutrientes de los lactantes"².

El término "alimentación complementaria" o "destete" se refiere a todos los alimentos sólidos y líquidos que no sean la leche materna o la fórmula infantil. Esta definición ha sido adoptada por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN)³ como la Academia Americana de Pediatría (AAP)⁴. En el caso de la OMS, cuyo objetivo es la preservación de la lactancia materna en los primeros meses de vida, define la alimentación complementaria sin apenas variación sobre la definición anterior de los dos organismos mencionados, "como todo alimento líquido o sólido que ingiere el lactante diferente de la leche materna, incluida la fórmula adaptada y exceptuando suplementos de vitaminas o minerales y medicamentos"⁵.

Para muchos progenitores la introducción de sólidos en la alimentación del niño supone *a priori* un cambio complicado que implica preocupación por encontrar la alimentación adecuada, esto es, equilibrada, suficiente y segura. En el caso de la utilización de *baby led weaning* (BLW), que rompe con la tradicional alimentación, se pueden incrementar esos temores incluso entre los profesionales de salud. Al respecto, un estudio canadiense mostró que menos de la mitad de los profesionales de la salud estudiados (48,5%) expresó sentirse preparado para apoyar su método en su propia práctica, debido a sus preocupaciones acerca de la asfixia, el retraso del crecimiento y la ingesta de hierro. Las madres del estudio confiaron en otras madres para aprender sobre BLW en lugar de recurrir a los profesionales, probablemente porque muchos de estos no apoyaban o no estaban lo suficientemente informados sobre la práctica.

Además, aunque la mayoría de los profesionales de la salud relacionados con la alimentación infantil pueden tener un conocimiento general de BLW, el estudio destacaba la necesidad de aumentar el conocimiento de estos sobre BLW para poder ayudar a las madres a tomar decisiones informadas sobre alimentación infantil y apoyarlas en su elección de BLW⁶.

En el caso de las matronas, a pesar de que su competencia con el neonato concluye a los 28 días de vida, es innegable que la conexión que se establece entre ellas y las mujeres, a través del seguimiento del embarazo y de las sesiones de preparación a la maternidad-paternidad que incluyen desde

la lactancia materna a someras indicaciones sobre alimentación del niño, las convierte en consultoras de otros temas que incluso no son directamente de su competencia como sería este. Sin proponer un puenteo con los pediatras, médicos de familia y enfermería pediátrica, directamente encargados de la atención infantil, las autoras de este artículo creen interesante que las matronas tengan actualizados los conocimientos sobre alimentación complementaria, y concretamente sobre el enfoque BLW, para poder ofrecer esa información a los progenitores que así lo deseen y estos tomar una decisión informada y, en caso de elegirla, seguir apoyándoles en el proceso de implementación de la nueva alimentación. Esta información abarcaría desde las características clave del BLW, pasando por las evidencias que respaldan el enfoque, consejos para implementar el destete dirigido, sus beneficios potenciales, así como el abordaje de las preocupaciones más comunes de padres y profesionales, de las que la asfixia por atragantamiento es, casi con toda seguridad, la más preocupante.

Las matronas podrían ofrecer en las clases de preparación a la maternidad-paternidad un entrenamiento sobre las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) y primeros auxilios, útiles para cualquier cuidador de niños menores de 5 años, en que este accidente es más habitual, y doblemente indicado para los progenitores que decidan iniciar la alimentación complementaria con este método, para su mayor tranquilidad.

Baby led weaning (BLW)

El *baby led weaning* es una forma de alimentación complementaria, literalmente "destete dirigido por el bebé", o más específicamente alimentación complementaria autorregulada por el bebé.

Hay que matizar que el destete no implica forzar la finalización de la lactancia materna, sino abandonar su exclusividad como alimentación del lactante, permitiendo la introducción paulatina de alimentos como corresponde con los requerimientos nutricionales del menor en consonancia con su edad.

Según Pérez-Ríos, et al.⁷, el BLW no es una opción común para el destete en España, afirmando que más de la mitad de las madres no había oído hablar de él. Sin embargo, actualmente son muchos los progenitores, especialmente en el Reino Unido, Nueva Zelanda y algunos países de Europa, que deciden empezar la alimentación complementaria del lactante con el enfoque BLW.

Gill Rapley, consultora de lactancia, enfermera pediátrica, especializada en nutrición y matrona, acuñó el término BLW y lo introdujo a partir a principios de la década de 2000⁸; en palabras suyas explica que el BLW más que un método es un enfoque o proceso gradual, de alimentación comple-

mentaria a la lactancia⁹, que consiste en ofrecer los alimentos a demanda, evitando los triturados y ofreciendo alimentos sólidos adaptados, que el bebé empezará a explorar con sus manos. A partir de los 6 meses tienen la capacidad para regular la alimentación, saben cuánta comida necesitan y cuándo para sentirse saciados; además, el deseo de explorar y experimentar, y de imitar las actividades de otros, parece que es lo que motiva a los niños a hacer esta transición, esto es, la curiosidad y no el hambre¹⁰.

De la BLW aún no hay mucha evidencia científica directa, aunque por otra parte hay una amplia línea de investigaciones que apoyan su práctica basándose, como ya se ha mencionado, en el desarrollo de los menores para "alimentarse por sí mismos con las manos y su capacidad innata para responder adecuadamente al apetito y la saciedad"¹¹.

Tiempo y condiciones de inicio

La mayoría de los bebés estarán listos para comenzar a experimentar con alimentos sólidos alrededor de los 6 meses de edad. El BLW se puede empezar cuando el niño muestre interés por la comida, se mantenga erguido por sí solo sin ayuda, muestre hambre o saciedad con sus gestos, haya perdido el reflejo de extrusión (reflejo innato que consiste en rechazar cualquier cosa que no sea leche expulsándolo con la lengua)¹², maneje sus manos independientemente para agarrar objetos y llevárselos a la boca, como correspondería con el desarrollo psicomotor normal del lactante de esa edad¹³.

En niños prematuros se podría valorar individualmente, pero siempre atendiendo a la edad corregida. No se recomienda en menores con fallo de medro, dificultades neurológicas o motoras¹⁴.

Tipos de alimentos

Tal y como se ha enunciado se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida que, por otra parte, es la preparación ideal para la auto alimentación con alimentos sólidos. "Los bebés que amamantan se alimentan a su propio ritmo, equilibran su propia ingesta y líquidos al elegir cuánto tiempo debe durar cada alimento. Y debido a que la leche materna cambia de sabor según la dieta de la madre, la lactancia materna prepara al bebé para otros gustos"¹⁰.

El BLW también se puede iniciar con niños que son alimentados con lactancia mixta o artificial.

Existe la expectativa de que la alimentación con cuchara se incluya, al menos en las primeras semanas, en la transición a los alimentos sólidos, en forma de purés¹⁵, pero hay evidencia de que lejos de ser necesaria o beneficiosa, la insistencia en dar los primeros alimentos en puré puede contribuir

a problemas de alimentación y salud. Vale la pena señalar que la capacidad de realizar movimientos masticatorios es independiente, no solo de la experiencia con purés sino también de la presencia de dientes. En ausencia de dientes, la evidencia anecdótica sugiere que las encías son efectivas para masticar todos los alimentos menos los más duros¹⁶.

Lo ideal es empezar con alimentos blandos que se puedan deshacer al masticar con o sin dientes. Será preferible cortar los alimentos en trozos grandes para su manipulación, al inicio mejor tipo palitos (*finger food*)¹⁴.

Los alimentos que no están recomendados antes del año son la sal, la miel, los frutos secos enteros, los desnatados y bajos en grasa, grandes pescados y mariscos, la leche entera (sus proteínas son difíciles de filtrar por el riñón del bebé), la soja (por sus isoflavonas), las algas (por su alto contenido en yodo), espinacas, acelgas (por los nitratos), remolacha, el azúcar (cariogénico y adictivo).

Beneficios

Esta forma de alimentación integra a los niños en las comidas familiares, contribuye a su salud bucodental, favorece la independencia del bebé, favorece la estimulación sensorial y mejora la psicomotricidad fina.

Algunos estudios muestran que este método tiene beneficios en la nutrición y el desarrollo de los niños (así como menor riesgo de sobrepeso)¹⁷, potenciales beneficios a los que la Asociación Española de Pediatría añade que favorecen el mantenimiento de la lactancia materna, la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del niño, preferencia por la dieta variada y sana a medio y largo plazo, aunque esto dependa de la dieta familiar, e incluso la adquisición de hábitos saludables desde la primera infancia¹⁴.

Inconvenientes y precauciones

Como inconvenientes de la BLW destaca la suciedad que se crea al comer y el miedo al atragantamiento que puede generar en los padres¹⁷; además del temor de progenitores y muchos profesionales de salud de que la dieta no sea suficiente ni equilibrada.

Respecto al equilibrio nutricional de la dieta, Dogan et al.¹⁷ realizaron un estudio controlado y aleatorizado que examinó el impacto del BLW en la ingesta de hierro, los parámetros hematológicos y el crecimiento en niños lactantes. Los resultados concluyeron que BLW puede ser una buena opción de alimentación complementaria, ya que no aumenta el riesgo de deficiencia de hierro, asfixia ni retraso de crecimiento. También indicaron que los dos alimentos que suponen mayor riesgo de atragantamiento son la zanahoria y la manzana (Imagen 1).



Imagen 1. Algunos alimentos que incrementan el riesgo de atragantamiento en niños

Entre los 3 y los 6 años, algunos de los accidentes que se pueden encontrar son los golpes, las caídas, las intoxicaciones y los atragantamientos¹⁹.

Hay que tener en cuenta que la vía aérea de un bebé de 6 meses es de aproximadamente 4 mm, con los que son especialmente susceptibles a los atragantamientos.

Es importante diferenciar entre arcada y atragantamiento, que es cuando el alimento queda bloqueando total o parcialmente la vía aérea. Cuando queda parcialmente obstruida se presenta una tos intensa, con estridor, color azulado; en una obstrucción total el niño no puede hablar, respirar ni toser y puede perder la consciencia llegando a la asfixia.

A muchos progenitores les preocupa que los bebés se asfixien. Sin embargo, hay buenas razones para creer que los bebés tienen menos riesgo de asfixia si tienen el control de lo que les entra a la boca que si se les da de comer con cuchara. Esto se debe a que los niños no son capaces de mover intencionalmente la comida a la parte posterior de la garganta hasta que hayan desarrollado la capacidad de masticar. Y no desarrollan la capacidad de masticar hasta después de haber desarrollado la capacidad de extender la mano y agarrar cosas. La capacidad de captar cosas muy pequeñas se desarrolla aún más tarde. Por lo tanto, un bebé muy pequeño no puede arriesgarse fácilmente porque no puede meterse pequeños trozos de comida en la boca¹⁰ (Cuadro 1).

Hay diversos estudios que demuestran que realizar alimentación complementaria con BLW no incrementa el riesgo

de atragantamiento. Fangupo et al.¹⁹ comentan en su estudio que el grupo de niños que hicieron BLW respecto alimentación tradicional no presentaron mayor riesgo de asfixia.

Arantes et al.²⁰ realizaron una descripción de 13 estudios, concluyendo que el BLW es un método recomendado por las madres que lo han seguido con sus propios hijos, informando asimismo de los temores de profesionales a recomendarlo por miedo a la incapacidad de los bebés de alimentarse solos. Refleja así un desconocimiento sobre el método por parte de los profesionales sanitarios.

Brown et al.²¹, en su estudio, también indican que los niños que siguen el método del BLW no tienen más riesgo de atragantamiento.

Para minimizar el riesgo de atragantamiento:

- Es básico no dejar nunca al bebé comiendo solo.
- Evitar alimentos con riesgo de atragantamiento, frutos secos: pipas, maíz tostado, cacahuetes, avellanas, nueces, almendras, etc. Ni alimentos con hueso como aceitunas, cerezas, etc. (uvas, gajos de mandarina, zanahoria y manzana cruda, palomitas, champiñones).
- Tamaño adecuado para que puedan manipularlos con las manos (tamaño de un puño).
- Realizar cortes longitudinales.

Un curso de primeros auxilios será de utilidad general a cualquier cuidador de un niño menor de 5 años, ya que dará

Cuadro 1. Lo que se DEBE y NO SE DEBE hacer para el destete dirigido por el bebé (BLW)

OFREZCA a su bebé la oportunidad de participar siempre que alguien más en la familia esté comiendo. Puede comenzar a hacer esto tan pronto como muestre interés en observarlo, aunque es poco probable que esté listo para llevarse la comida a la boca hasta que tenga aproximadamente 6 meses de edad
ASEGÚRESE de que su bebé esté apoyado en una posición erguida mientras experimenta con la comida. En los primeros días, puede sentarlo en su regazo, frente a la mesa. Una vez que comience a mostrar habilidad para coger la comida es casi seguro que tendrá la madurez suficiente para sentarse, con un apoyo mínimo, en una silla alta
COMIENCE ofreciendo alimentos del tamaño del puño del bebé, preferiblemente en forma de chip, palitos (es decir, con un "mango"). En la medida de lo posible, y siempre que sean adecuados, ofrézcale los mismos alimentos que esté comiendo, para que se sienta parte de lo que está pasando
OFREZCA variedad de alimentos. No es necesario limitar la experiencia de su bebé con la comida más de lo que lo hace con los juguetes
NO APRESURE a su bebé. Permítale que dirija el ritmo de lo que está haciendo. En particular, no se sienta tentado a "ayudarlo" poniéndole cosas en la boca
NO ESPERE que su bebé coma nada en las primeras ocasiones. Una vez que haya descubierto que estos nuevos juguetes saben bien, comenzará a masticar y, más tarde, a tragar
NO ESPERE que un bebé pequeño se coma todos los trozos de comida al principio; recuerde que todavía no habrá desarrollado la capacidad de llegar a la comida que está dentro de su puño
OFREZCA más tarde los alimentos rechazados: los bebés a menudo cambian de opinión y luego aceptan alimentos que originalmente rechazaron
NO DEJE a su bebé solo con la comida
NO OFREZCA alimentos que presenten un peligro obvio, como los cacahuetes
NO OFREZCA comidas "rápidas", comidas preparadas o alimentos que tengan sal o azúcar agregada
DÉ agua de una taza, pero no se preocupe si su bebé no muestra interés en ella. Es probable que un bebé amamantado, en particular, continúe durante algún tiempo obteniendo el líquido que necesita del pecho
¡ESTÉ PREPARADO para el desastre! Una lámina de plástico limpia en el piso debajo de la silla alta protegerá su alfombra y facilitará la limpieza. También le permitirá devolver los alimentos que se han caído, de modo que se desperdicie menos. (¡Te sorprenderá gratamente lo rápido que tu bebé aprende a comer sin ensuciar!)
CONTINÚE permitiendo que su bebé se amamante cuando quiera, durante el tiempo que quiera. Espere que su patrón de alimentación cambie a medida que comience a comer más alimentos sólidos
CONSULTE con los profesionales de referencia este método de destete si tiene antecedentes familiares de intolerancia alimentaria, alergias o problemas digestivos, antes de embarcarse en él
Por último, ¡disfrute viendo a su bebé aprender sobre la comida y desarrollar sus habilidades con las manos y la boca en el proceso!

herramientas para actuar en casos de atragantamientos (Cuadro 2), que pueden ser causados por comida u objetos, y unas nociones básicas sobre reanimación cardiopulmonar (Cuadro 3).

Para los progenitores que decidan iniciar la alimentación complementaria con este método, por el miedo sobreañadido que les pudiera generar el tema de los atragantamientos, realizar un curso de primeros auxilios en bebés estaría especialmente indicado, aunque sobre este temor como se ha visto no hay justificación según la evidencia científica en la literatura médica.

Conclusiones

- La utilización de la BLW se alinea con las recomendaciones actuales del destete y no se traduce en la suspensión de la lactancia materna.
- Existen evidencias de que la BLW podría reportar resultados positivos para la salud del niño.
- Aunque no hay mucha evidencia científica directa, hay una amplia línea de investigaciones que apoyan la práctica de BLW.

Cuadro 2. Atragantamiento

Si la tos es efectiva	Hay que animar a toser y vigilar por si se produce la expulsión del cuerpo extraño
Si la tos es inefectiva	Si hay tos débil con dificultad para respirar: <ul style="list-style-type: none"> • Primero hay que revisar la boca con maniobra del gancho • Colocar al bebé boca abajo y realizar cinco golpes interescapulares • Revisar de nuevo la boca, poner al bebé boca arriba y efectuar cinco compresiones torácicas • *Si el bebé es mayor de un año se realizarán las cinco compresiones escapulares y posteriormente la maniobra de Heimlich con cinco compresiones abdominales • *Se repetirá la secuencia hasta que se produzca la expulsión del objeto o alimento y vuelva a respirar
Si pierde la consciencia	Se empezarán las maniobras de RCP

Cuadro 3. Reanimación cardiopulmonar

> 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Primero se comprobará la inconsciencia • Se pedirá ayuda y se colocará bien a la víctima • Se abrirá la vía aérea con la maniobra frente-mentón y comprobaremos la respiración (ver, oír, sentir) • Haremos cinco insuflaciones boca a boca y valoraremos signos vitales • Se iniciará el masaje cardiaco 30:2 y se revalorará cada dos minutos • Las compresiones tienen que abarcar 1/3 del tórax de la víctima (5 cm en el caso de un niño) y a un ritmo de 120 lpm
< 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • En menores de 1 año hay algunas particularidades: se sujetará la frente sin hacer maniobra frente-mentón y las insuflaciones serán a la boca y la nariz • El masaje cardiaco lo se hará únicamente con dos dedos

- Varios estudios indican que la BLW puede ser una buena opción de alimentación complementaria, ya que no aumenta el riesgo de deficiencia de hierro, asfixia ni retraso de crecimiento.
- Para una implementación segura de la BLW es imprescindible seguir las indicaciones y tomar las precauciones descritas.
- Es importante que los profesionales de salud de atención a los niños, e incluso las matronas, tuvieran información actualizada al respecto para estar en disposición de explicar con seguridad la alimentación BLW a los padres que lo soliciten para una toma de decisión informada, sin que tengan que recurrir a fuentes no profesionales.
- Sería interesante para todos los progenitores de niños tener nociones básicas de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar, en atención a que los atragantamientos son accidentes comunes entre niños 0-5 años, independientemente del método de alimentación complementaria que elijan.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición. Alimentación complementaria. Ginebra: OMS; 2021 [internet]. [citado 10 feb 2021]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
2. World Health Organization (WHO). UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [internet]. Geneva; WHO; 2002. [citado 10 feb 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf>
3. Agostini C, Decsi T, Fewtrell M. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. [internet] 2008 [citado 10 feb 2021]; 46:99-110. Disponible en: https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2008/01000/Complementary_Feeding__A_Commentary_by_the_ESPGHAN.21.aspx
4. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. [internet] 2005 [citado 10 feb 2021]; 115:496-506. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496>

5. World Health Organization (WHO). Complementary Feeding: Report of the Global Consultation and Summary of Guiding Principles [internet]. Geneva: WHO; 2001. [citado 10 feb 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42739/924154614X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. D' Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B. "Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation." *Can J Diet Pract Res.* [internet] 2016 [citado 10 feb 2021]; 77(2):72-7. Disponible en: https://byebypurees.com/wp-content/uploads/2017/09/31.-Baby-led_Weaning_A_Premiminary_Investigation.pdf
7. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Butler H, Mourino N, Malvar A, Hervada X. Baby-led weaning: prevalence and associated factors in Spain. *European Journal of Pediatrics.* 2020; 179. Doi: <http://doi.org/10.1007/s00431-020-03579-7>
8. Rapley GA. Baby-led weaning: Where are we now? *Nutrition Bulletin.* [internet] 2018 [citado 10 feb 2021]; 3:3. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nbu.12338>
9. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract.* [internet] 2011 Jun [citado 10 feb 2021]; 84(6):20-3. Disponible en: <https://byebypurees.com/wp-content/uploads/2017/09/15.-Baby-led-weaning-transitioning-to-solid-foods-at-the-baby%E2%80%99s-own-pace.pdf>
10. Rapley GA. Guidelines for implementing a baby-led approach to the introduction of solid foods. *Rapley June* [internet] 2008. [citado 10 feb 2021]. Disponible en: http://www.rapley-weaning.com/assets/blw_guidelines.pdf
11. Rapley G. Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. *Journal of Health Visiting* [internet] 2015 [citado 10 feb 2021]; 3:144-51. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/276905087_Baby-led_weaning_The_theory_and_evidence_behind_the_approach
12. ANEPYA. Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Protocolo del niño sano (0-2 años). Asociación Española de Pediatría [internet] 2008. [citado 10 feb 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino_sano_0-2_anos.pdf
13. Gómez Fernández Vegue M. Comité de Lactancia Materna y Comité de nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria [internet]. Asociación Española de Pediatría 2018 [citado 10 feb 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
14. Rapley G. Is spoon-feeding justified for infants of 6 months? What does the evidence tell us? *Journal of Health Visiting* [internet] 2016 [citado 10 feb 2021]; 4(8):414-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306528584_Is_spoon-feeding_justified_for_infants_of_6_months_What_does_the_evidence_tell_us
15. Rapley G. Are puréed foods justified for infants of 6 months? What does the evidence tell us?. *Journal of Health Visiting* [internet] 2016 [citado 10 feb 2021]; 4:289-95. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303976511_Are_pureed_foods_justified_for_infants_of_6_months_What_does_the_evidence_tell_us
16. Roig Carrera H. Introducción de la alimentación complementaria en lactantes. Actualización en Medicina de Familia [internet] [citado 10 feb 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1424
17. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int.* [internet] 2018 Dec [citado 10 feb 2021]; 60(12):1073-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074671/>
18. Esparza MJ, Mintegi S. Guía sobre la prevención de lesiones no intencionada en la Edad infantil. AEP-CSPLI-Fundación Mapfre [internet] 2016. [citado 10 feb 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevencion-lesiones-no-intencionadas.pdf>
19. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, Taylor BJ, Wheeler BJ, Taylor RW. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.* [internet] 2016 Oct [citado 10 feb 2021]; 138(4):e20160772. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308399495_A_Baby-Led_Approach_to_Eating_Solids_and_Risk_of_Choking
20. Arantes ALAE, Neves FS, Campos AAL, Pereira Netto M. The Baby-led weaning method (blw) in the context of complementary feeding: a review. *Rev Paul Pediatr.* [internet] 2018 Jul-Sep [citado 10 feb 2021]; 36(3):353-63. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326354378_The_baby-led_weaning_method_BLW_in_the_context_of_complementary_feeding_a_review
21. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.* [internet] 2018 Aug [citado 10 feb 2021]; 31(4):496-504. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12528>

¹ Rosa M^a Plata Quintanilla
² M^a Ángeles Rodríguez
Rozalén

Anquiloglosia. Realización de frenotomías por matronas a debate. ¿Prohibición o limbo jurídico?

¹ Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander.

E-mail: rplataq@gmail.com

² Matrona. Presidenta Emérita Asociación Española de Matronas (AEM).

Fecha de recepción: 10 de marzo de 2020.

Fecha de aceptación: 10 de julio de 2021.

Cómo citar este artículo:

Plata Quintanilla RM, Rodríguez Rozalén MA. Anquiloglosia. Realización de frenotomías por matronas a debate. ¿Prohibición o limbo jurídico? *Matronas Hoy* 2021; 9(2):39-46.

Resumen

Introducción: es histórica la competencia de las matronas en la resolución de casos de anquiloglosia por su cercanía y conocimiento de los neonatos, y la práctica continuada de la técnica de eliminación del frenillo (frenotomía) derivada de la creencia extendida de que todos los problemas de lactancia y problemas asociados a la alimentación, e incluso del habla, podían resolverse con esta intervención.

Objetivo: averiguar si existe actualmente en España base legal que avale la realización de la frenotomía por parte de la matrona.

Material y método: revisión de la literatura histórica relacionada y del actual marco legislativo-competencial (habilitante) de la profesión enfermera en España.

Discusión: el debate se establece entre dos conceptos: uno de carácter formativo, la calificación o cualificación referida a los conocimientos de carácter técnico y científico que permita habilitar al titulado para el desempeño seguro de una profesión; y otro de carácter profesional, que es la normativa laboral o las competencias atribuidas por el Estado en la materia relacionada.

Palabras clave: anquiloglosia; frenotomía; frenillo lingual; lactancia materna; recién nacido; matronas.

Abstract

Ankyloglossia. Argument about midwives performing frenotomy. Prohibition or legal void?

Introduction: the competence of midwives in solving ankyloglossia cases is historical, due to their closeness and knowledge of newborns; and the technique of frenulum removal (frenotomy) is a usual practice, derived of the extended general belief that all breastfeeding problems, as well as those related to feeding and even speech, can be solved through this intervention.

Objective: to find out if there is currently a legal basis in Spain which endorses the performance of frenotomy by midwives.

Material and method: a review of the relevant historical literature and the current framework of legislative competence (enabling) of the Nursing profession in Spain.

Discussion: there is an argument between two concepts: one of training nature: the qualification regarding the technical and scientific knowledge that allows to enable the professional for a safe professional performance; and the other of professional nature, which consists in the labour legislation, or the competences assigned by the State in the relevant matter.

Key words: ankyloglossia; frenotomy; lingual frenulum; maternal breastfeeding; newborn; midwives.

Introducción

Es histórica la competencia de las matronas en la resolución de casos de anquiloglosia por su cercanía y conocimiento de los neonatos, y la práctica continuada de la técnica de eliminación del frenillo (frenotomía) derivada de la creencia extendida de que todos los problemas del habla, primeramente, y de lactancia y problemas asociados a la alimentación, después, podían resolverse con esta intervención en el pasado.

El planteamiento de este debate sobre un problema actual tiene profundas raíces en un problema histórico, por lo que parece interesante exponerlo extensamente en un artículo aparte a través de una revisión histórico crítica con el prisma de las matronas, enfrentada a la que hicieron los hombres (cirujanos).

El tratamiento del frenillo lingual se volvió menos común ya que las mujeres dejaron de amamantar en favor de la fórmula y la alimentación con biberón a mediados del siglo XX. En el último cuarto de este siglo, el péndulo ha oscilado a favor de la lactancia materna y, con ello, ha aumentado el interés por el asunto, entre profesionales de salud y familias.

Objetivo

Hace más de un año el Consejo General de Enfermería (CGE) cursó una petición de informe en relación con la realización de frenotomías por matronas a la Asociación Española de Matronas (AEM), dado que habían recibido, lo mismo que en la propia AEM, numerosas consultas sobre la legalidad para practicar las matronas la técnica.

Esto requirió una revisión del actual del marco legislativo-competencial (habilitante) de la profesión enfermera con el objetivo de averiguar si existe actualmente en España base legal que avale la realización de la frenotomía por parte de la matrona.

Todo aquel material se creyó objetivamente que debiera ser sometido al debate y, por eso, se le dio forma de artículo para la publicación que se presenta. Con posteridad se hizo una revisión histórica que por su amplitud se recoge en un trabajo separado.

Material y método

Revisión descriptiva y aunque no es el objetivo principal la revisión bibliográfica completa sobre el estado actual del asunto, cuyo diagnóstico y tratamiento sigue siendo controvertido, sí se dan unas pinceladas del mismo con la consiguiente búsqueda bibliográfica de los tópicos más habituales relacionados con la frenotomía, para introducir el tema propuesto: el circunscrito al marco legislativo de la profesión enfermera (enfermera especialista, matrona) para

la realización de esta técnica, a partir de la legislación contenida en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

Estado actual del tratamiento de la anquiloglosia



Imagen 1. Anquiloglosia niño de 4 años

Fuente: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ankyloglossia_1.jpg

En la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) esta patología se incluye en el Apartado Q38-Q45 "Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo", sub-apartado P38 "Otras malformaciones congénitas de lengua, boca y faringe" (Q38.1 Anquiloglosia)¹.

El convencimiento anterior de que todos los problemas del habla en un principio, y posteriormente de lactancia y problemas asociados a la alimentación, podían resolverse con esta intervención, hoy, en el siglo XXI, es motivo de controversia entre la comunidad médica a pesar de que la generalidad asume que la anquiloglosia puede causar problemas que la frenotomía puede mejorar² y es ampliamente indicada por los profesionales de la salud, sobre todo debido a las campañas gubernamentales de lactancia materna³⁻⁶.

La implicación clínica de la anquiloglosia, y la indicación para su tratamiento, es un tema controvertido, con un bajo nivel de evidencia disponible a pesar de la amplia literatura médica^{4,7,8}.

Recientemente ha aparecido un notable trabajo (2020) sobre la producción científica entorno a la anquiloglosia en el que los autores muestran un incremento creciente en los

últimos 28 años, con la cirugía como foco principal. Los estudios descriptivos y series de casos fueron más frecuentes, con nivel 4 de evidencia científica; sin embargo, han comenzado a surgir estudios de cohortes y casos-controles, con nivel 3 de evidencia. A partir de 2005 se publicaron los primeros ensayos clínicos aleatorios, con revisiones sistemáticas posteriores. Sus autores argumentan en consecuencia que ante el aumento de información disponible en la literatura, es importante buscar, analizar y aplicar la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas, siendo este el principio de la práctica basada en la evidencia⁹.

Actualmente la controversia llega incluso al número de intervenciones practicadas: "La falta de indicaciones establecidas para la frenectomía, así como la relativa facilidad de la aplicación de la técnica en la edad neonatal y el auge de las campañas de lactancia materna, está derivando en un exceso de indicación quirúrgica como tratamiento de la anquiloglosia. Debe promoverse la creación de guías que definan unos criterios adecuados de tratamiento, así como favorecer la remisión a la consulta de lactancia como un paso previo a la cirugía"¹⁰.

Hentschel⁷ apoya esta tesis afirmando que se ha disparado la realización de frenectomías linguales. Si bien este incremento es en parte atribuible a la promoción de la lactancia materna, parece que puede estar siendo sobre indicado, buscando una mejoría en la succión que solo será esperable si existe una indicación justificada.

Tampoco hay acuerdo en cuanto a la prevalencia, ya que se ha encontrado que la prevalencia de anquiloglosia informada en la literatura varía de 0,1% a 10,7% de forma más mayoritaria, aunque hay otros autores que reportan mayores porcentajes. La prevalencia también es mayor en los estudios que investigan a los recién nacidos (1,72% a 10,7%) que en los estudios que investigan a niños, adolescentes o adultos (0,1% a 2,08%). Se puede especular que algunas formas más leves de anquiloglosia pueden resolverse con el crecimiento, lo que explicaría esta diferencia relacionada con la edad¹⁰⁻¹⁵.

Por otra parte hay que considerar que de los diagnosticados, el 25-44% manifiesta dificultades para alimentarse¹⁷. Una buena evaluación y selección son importantes porque el 50% de los bebés que amamantan con anquiloglosia no encontrará ningún problema¹⁷.

Ni el *Royal College* de Pediatría, *Child Health the Faculty* de Pediatría, *Royal College* de Médicos de Irlanda han adoptado una postura oficial, aunque este estableció un grupo de trabajo para estudiar el tema. La *Canadian Pediatric Society* en una declaración de posición sobre la anquiloglosia y la lactancia materna declaró que "según la evidencia disponible, no se puede recomendar la frenotomía". Los holandeses han abandonado la frenotomía en el ámbito nacional. La Sociedad de Pediatría de Japón ha declarado que

la anquiloglosia no causa dificultades de alimentación y que la frenotomía no es necesaria en la infancia. *The National Institute for Health and Care Excellence guideline* respalda el uso de la frenotomía, afirmando que no existen preocupaciones importantes de seguridad en relación con la anquiloglosia y evidencia limitada de que el procedimiento puede mejorar la lactancia materna. La organización UNICEF *Baby Friendly* recomienda el uso del procedimiento si la anquiloglosia está causando problemas con la alimentación¹⁸.

La Academia Estadounidense de Pediatría, en su sección sobre lactancia materna, concluye que cuando la anquiloglosia es sintomática debe tratarse lo antes posible para minimizar los problemas de lactancia materna¹⁸.

Se ha informado previamente en un estudio de 1.500 profesionales de la salud que los pediatras fueron el grupo menos proclive a recomendar cirugía¹⁸.

Los resultados fueron que el 90% de los pediatras y el 70% de los otorrinolaringólogos creen que la lengua nunca, o raramente, causa un problema. Algunos creen que los buenos resultados después de la frenotomía se deben en parte al efecto placebo y que las mamas pueden mejorar con el tiempo a medida que la madre se vuelve más competente. Por otra parte, Messner et al.¹³ descubrieron que la mayoría de los consultores de lactancia creía que la anquiloglosia es una causa de dificultades para amamantar y podría resolverse mediante frenotomía.

El debate actual sobre la cirugía, el tratamiento de la anquiloglosia debe establecerse con un sentido ético, respaldado por todos los pediatras, es evitar operaciones innecesarias en recién nacidos y niños si es posible. Esto se basa en la creencia de que muchas condiciones mejoran espontáneamente al tiempo que el niño crece y se desarrolla. Los médicos están preocupados de que un enfoque más liberal de la frenotomía puede resultar en "arrastre terapéutico", con un número significativamente de recién nacidos sometidos al procedimiento¹⁸.

A este respecto es interesante hacer mención al programa multidisciplinar consensuado e implantado en Canterbury, Nueva Zelanda, para evaluar el diagnóstico y el tratamiento de los recién nacidos con sospecha de anquiloglosia cuyos objetivos principales eran apoyar la lactancia materna y garantizar que se evitaran cirugías innecesarias.

El establecimiento de una evaluación multidisciplinaria entre los profesionales sanitarios implicados incluyó una revisión experta de la lactancia materna y una evaluación de la función lingual utilizando un método validado, la Herramienta de evaluación de la lengua de Bristol (*Bristol Tongue-tie Assessment Tool* -BTAT-). Los bebés con problemas de lactancia relacionados con el frenillo se sometieron a una frenotomía en la clínica ambulatoria del hospital. A la vez se desarrolló un programa educativo para apoyar la introducción de la nueva vía clínica con seminarios e información en

línea para los profesionales de la salud y el público en general. Como resultado de este cambio de vía clínica, la tasa de intervención de frenotomía se redujo notablemente del 11,3% en 2015 al 3,5% a mediados de 2017.

El 23% del grupo de frenotomía en la auditoría de 2016 mostró una mejora significativa en la capacidad de amamantar, pero en general no hubo diferencia en el patrón de alimentación de los bebés que recibieron o rechazaron una frenotomía¹⁹.

¿Es competencia de las matronas en España realizar la frenotomía?

Nunca hubo una atribución expresa de esta función a las matronas, pero se habla de siglos atrás y hasta bien entrado el siglo XX en el que la situación competencial aún estaba en un limbo jurídico y los profesionales de la salud (menos que actualmente) podían actuar de forma fáctica.

Lo cierto es que a medida que han avanzado los tiempos, tanto en lo académico como en lo laboral, la "situación de práctico vacío normativo, aconsejó el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias"²⁰ y esto transforma el limbo jurídico en un marco normativo que atribuye funciones y, por tanto, señala como intrusismo todo ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada para ello.

Por otra parte, como contempla la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, los estudios de especialización cursados en las escuelas universitarias de enfermería por los graduados darán derecho a un certificado acreditativo de los mismos con los efectos profesionales que en cada caso se determinen (Art 39-4 Ley General de Educación)²¹.

La especialización en Enfermería Obstétrica Ginecológica dota a la enfermera especialista (Matrona) de un perfil competencial contenido en su programa formativo²² ajustado a las directrices de la Unión Europea, contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre²³, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005²⁴, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006²⁵ relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer (y neonato hasta los 28 días de vida). El propio perfil competencial determina que al concluir su programa formativo

la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para una serie de actividades relacionadas con la asistencia al neonato que no incluye la realización de esta técnica ni implícita ni explícitamente:

- Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.

La propia definición que se incluye en el programa formativo de la especialidad específica, en cuanto a la competencia de la matrona en los cuidados al neonato, la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida²². Al respecto si atenemos estrictamente a la semántica, y aunque el recién nacido no sea tachado de enfermo por esta causa, ya estaría, a nuestro juicio, excluyendo del cuidado de las matronas a los recién nacidos con esta patología malformativa, aunque no del diagnóstico ni del seguimiento, pero sí probablemente de la resolución.

Solo se ha encontrado el caso de Argentina en cuya Jurisprudencia, al menos desde 1854, hay mención expresa a la prohibición de que las matronas realicen frenotomías:

"Prohibase a las obstétricas y parteras: ... cortar el frenillo lingual"^{26,27}.

Sin embargo, la complejidad de las funciones que se atribuyen a la matrona inscritas en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias²⁰, podría permitir en un futuro a las matronas, proveedoras ideales para intervenir y abordar el problema de la anquiloglosia, que se les ofreciera capacitación reglada en esta técnica quirúrgica y finalmente de forma legal pudieran ejercerla.

Si una matrona pudiera realizar frenotomías creemos sin duda que esto también permitiría un tratamiento y resolución oportunos de problemas de lactancia, permitiendo que la diada madre-recién nacido consiguieran una relación de lactancia materna normal y saludable. A la vez, el conocimiento y práctica de la técnica supondría la reintroducción de la misma, cuya importancia se entendió y ellas mismas practicaron durante siglos.

Formación

Actualmente la única formación en esta técnica procede de los cursos impartidos por la plataforma internacional IBCLC *International Board Certified Lactation Consultant* de carácter privado (EE.UU.) que utilizó los estándares de acreditación de NCCA (Comisión Nacional de Agencias de Certificación) desde su inicio y es una de las pocas organizaciones certificadoras cuyo programa fue acreditado por NCCA en su primera solicitud a fines de la década de 1980. Acoge a profesionales de la salud y no profesionales en sus cursos, que en el ámbito mundial se contabilizan en 33,400 IBCLC en 125 países y territorios, de los que en España se cuentan 305 matronas certificadas como IBCLC²⁸, algunas de las cuales es evidente que impartan cursos informando sobre esta técnica²⁹, cursos que por otra parte carecerían ya de las certificaciones IBCLC.

Por la literatura consultada no parece que, en general, la matrona tenga la frenotomía como disciplina de su currículum formativo y asimilada como una práctica de su ejercicio, con lo cual, coincidiendo con Bühler³⁰, el principal desafío para las matronas es acceder a la formación y a la capacitación en frenotomía y dependerá de las matronas en ejercicio determinar qué recursos de capacitación están disponibles para ella.

La frenotomía lingual neonatal es un procedimiento sencillo, pero, aunque se trate de un procedimiento menor, no está exento de complicaciones y solo debe realizarse por personal entrenado, en un medio controlado y con la indicación adecuada. Aunque infrecuente, puede surgir alguna complicación^{7,17}.

¿Es competencia de los enfermeros la cirugía menor?, ¿la frenectomía?

Dado que las matronas previamente somos enfermeras cabe hacerse esta pregunta para saber si en las competencias de la enfermería podría encajar la realización de la frenotomía.

Durante buena parte de la historia la cirugía menor ha sido una atribución que empezó con los ministrantes, luego practicantes, bajo el título de los ATS figura profesional que representaba la unificación de los títulos de Enfermeras, Matronas y Practicantes (1953), y cuyo ejercicio profesional especificado en el posterior Decreto 2319/1960 sobre el ejercicio profesional atribuía practicantes, matronas y enfermeras las mismas funciones profesionales, incluida la cirugía menor³¹.

Sin embargo, no solo no estuvo nunca expresada la frenotomía en las operaciones de cirugía menor de la época, sino que además a medida que se han sucedido los planes de estudios, la formación en cirugía menor para los enfermeros se ha ido diluyendo en los diferentes y variados planes de estudios que cada universidad ha elaborado y ha desapa-

recido del currículo casi de forma generalizada, por lo que es cuestionable que aquellas atribuciones hayan pasado a formar parte de las que confieren los posteriores títulos universitarios, el de Diplomado en Enfermería³² y el actual de Grado en Enfermería³³.

El propio Consejo General de Enfermería (CGE) de alguna manera mostraba su prevención cuando definió el término "cirugía menor" como: "Aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requieren reanimación post operatoria". Añadiendo que "esta definición podrá ser utilizada en defensa de los colegiados de enfermería ante los tribunales, y además los procedimientos relativos a dicha cirugía menor deberán ser enseñados en las escuelas de enfermería"³⁴.

Siguiendo con la cirugía menor, llevamos años asistiendo a su introducción en la Atención Primaria, impulsado por el Real Decreto 63/1995³⁵, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que en su apartado Modalidades de las prestaciones sanitarias en Atención Primaria incluye en el subapartado e) La administración de tratamientos parenterales y curas y cirugía menor.

Es un proceso largo que se remonta a 1999, en que casi todos los Servicios Sanitarios autonómicos han incluido la cirugía menor en la oferta de servicios de su primer nivel de atención³⁷.

Y lo que para los enfermeros viene siendo la consecución incompleta de un logro, para los médicos no ha sido un problema salvo por el grado de formación que tuvieran en la materia; su estatus jerárquico superior al de los enfermeros habilita su competencia, su propio título los define como "Licenciados en Medicina y Cirugía", lo que les faculta legalmente para ejercer la cirugía menor aunque paradójicamente no hayan adquirido competencias y habilidades técnicas en su formación como médicos generalistas, algo bastante generalizado.

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias recoge la posibilidad de que estas intervenciones puedan ser realizadas, bajo ciertas condiciones, por el personal de Enfermería en el ámbito de la llamada "cirugía menor ambulatoria". Sin embargo, son muy pocas las comunidades que han regulado su práctica (Galicia, Cantabria; Castilla y León, Asturias y Baleares) y ninguno como la Comunidad Autónoma de Andalucía que matiza que para que la cirugía menor sea abordada por enfermeros es necesario que estos tengan acreditada una formación específica que los capacite en el desempeño de esta función, dentro de un sistema organizativo que contemple una asistencia compartida en esta demanda, la formación necesaria para poder hacer uso y/o indicación analgésica y/o productos y accesorios, según se

contempla en el Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros/as en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y que se ajuste a lo indicado en las siguientes premisas:

- Cirugía Menor Básica (en adelante cmB):
 - Se considera que la cmB es aquella que da respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en la CI9 MC: 86.3; 86.04; 86.05; 86.22; 86.25.
 - Podrá ser realizada en todos los centros de salud que disponga de una sala donde se encuentre accesible un equipo de reanimación cardio-pulmonar avanzado.
 - Los enfermeros/as han de haber superado un curso básico acreditado sobre las intervenciones específicas de la cirugía menor básica.
 - Formación requerida para hacer uso o indicación de medicamentos y/o productos y accesorios contemplada en la implantación de la primera fase del Decreto 307/2009.
- Cirugía Menor Avanzada (en adelante cmA): solo podrán realizarla profesionales que tengan acreditada su formación para ello, además en los centros en que se lleve a cabo se necesitará disponer de otro tipo de instalaciones más complejas.
 - Se considera cmA aquella que da respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en la CIE9 MC: 86.01; 86.2; 86.11; 86.23; 86.24; 86.27.
 - Podrá ser efectuada en todos los centros de salud que dispongan de una sala específica para la realización de este tipo de procedimientos y que deberá de cumplir las características definidas para tal fin³⁷.

Conclusiones

Primeramente habría que distinguir dos conceptos de los que depende la respuesta: uno de carácter formativo, la calificación o cualificación referida a los conocimientos de carácter técnico y científico que permitiría habilitar al titulado para el desempeño seguro de una profesión; y otro de carácter profesional, que es la normativa laboral o las competencias atribuidas por el estado en la materia relacionada.

En el análisis realizado, y en atención al primer concepto planteado, aseguramos que las matronas no tenemos cualificación actualmente, salvo excepciones, que la hayan obtenido por la vía no convencional (IBCLC) sin saber el nivel de destreza práctica adquirida, habida la dificultad del entrenamiento con casos reales y, por otra parte, desconocemos el reconocimiento estatal de dicha adquisición de competencia.

No es un problema de destreza para las matronas realizar esta intervención menor, como se deduce de la habilidad y pericia que su actividad requiere en intervenciones invasivas de su competencia, con mayor grado de dificultad como puede ser una episiorrafia, por citar.

En relación con el segundo concepto, el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias, opinamos que este ha desposeído a las matronas (como a las enfermeras) de muchas competencias para las que no solo serían aptas con la formación adecuada, sino incluso más costo-efectivas y accesibles, agilizando la atención a los usuarios. La realidad es que las limitaciones que hoy tiene la enfermería en este país se deben mayoritariamente al gran número porcentual de médicos y a su especialización, que ha creado especialistas para todos los aparatos y sistemas que, obviamente, reclaman su parcela de competencia en detrimento de la práctica profesional enfermera. Concretamente esta intervención está en manos de cirujanos infantiles, de cirugía plástica infantil, odontopediatras, etc. con los que las matronas ni pueden ni deben entrar en competencia porque no ampararía la ley en caso de un resultado adverso, infrecuente, pero no imposible.

Si una matrona pudiera realizar frenotomías, esto también permitiría un tratamiento y resolución oportunos de problemas de lactancia, permitiendo que la diada madre-recién nacido consiguieran una relación de lactancia materna normal y saludable.

En conclusión, las autoras, a la espera de un estudio jurídico acreditado por parte del Consejo General de Enfermería, infieren que, dado que a su juicio la realización de la frenotomía actualmente no es una competencia de matronas (ni de enfermeras), no deben realizarlas.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. ICD-10Version: 2019 [internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en/#/>
2. Lopes de Castro Martinelli R, Queiroz Marchesan I, Jordão GUMão R, Berretin Felix G. The effects of frenotomy on breastfeeding. *J Appl Oral Sci.* 2015 Mar-Apr; 23(2):153-7. Doi: <http://doi.org/10.1590/1678-775720140339>
3. Cho A, Kelsberg G, Safranek S. Clinical inquiries. When should you treat tongue-tie in a newborn? *J Fam Pract.* 2010; 59(12):712a-712b.
4. Constantine AH, Williams C, Sutcliffe AG. A systematic review of frenotomy for ankyloglossia (tongue tie) in breast fed infants. *Arch Dis Child.* [internet] 2011 [citado 10 jul 2021]; 96(Suppl 1):A62-A63. Disponible en: <https://adc.bmj.com/con>

- tent/96/Suppl_1/A62.3?int_source=trendmd&int_medium=trendmd&int_campaign=trendmd
5. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 2011; 19(1):19-26.
 6. World Health Organization (WHO); World Breastfeeding Week 2012 [internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012_world_breastfeeding_week/en/
 7. Hentschel R. Breastfeeding problems should be the only relevant criteria for deciding whether to carry out a frenotomy in infancy? *Acta Paediatr.* Octubre de 2018; 107(10):1697-701. Doi: <http://doi.org/10.1111/apa.14439>
 8. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, Davis PG. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD011065. Doi: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD011065.pub2>
 9. Lopes de Castro Martinelli R, Jordão Gusmão R, Moya Daza MP, Queiroz Marchesan I, Berretin-Felix G. Profile of Scientific Production on Ankyloglossia. *International Journal of Medical and Surgical Sciences* [internet] 2020 [citado 10 jul 2021]; 8(1):1-13. Disponible en: <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ijmss/article/view/592/1075>
 10. Redondo Sedano J, Carrillo Arroyo I, Delgado Muñoz MD, Alba Romero C, Martí Carrera E, Gómez Fraile A. Anquiloglosia neonatal. ¿Existe un exceso de indicación intervencionista? *Acta Pediatr Esp.* 2016; 74(2):45-9.
 11. Tanay V. Chaubaly Mala Baburaj Dixit. Ankyloglossia and its management. *J Indian Soc. Periodontol* [internet] 2011 julio-septiembre [citado 10 jul 2021]; 15(3):270-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200025/#ref4>
 12. Walker M. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, 2006.
 13. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* [internet] 2000 Jan [citado 10 jul 2021]; 126(1):36-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=10628708>
 14. The Academy Of Breastfeeding Medicine. Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. 2004
 15. Segal L, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. Methodologic review. *Canadian Family Physician* [internet] June 2007 [citado 10 jul 2021]; 53(6):1027-33; Disponible en: <https://www.cfp.ca/content/53/6/1027.full>
 16. Robles-Andrade MS, Guerrero-Sierra C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatol. Reprod. Hum.* [internet]. 2014 Sep [citado 10 jul 2021]; 28(3):154-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300006&lng=es
 17. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child.* 2015 May; 100(5):489-94. Doi: <http://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306211>
 18. Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [internet] 2000 [citado 10 jul 2021]; 54:123-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10967382>
 19. Dixon B, Gray J, Elliot N, Shand B, Lynn A. A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2018; 113:156-63. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.07.045>
 20. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 280, de 22 de noviembre de 2003 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
 21. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 187, de 6 de agosto de 1970. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12525-12546.pdf>
 22. 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, del 28 de mayo de 2009 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
 23. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 280, de 20 de noviembre de 2008 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/11/20/pdfs/A46185-46320.pdf>
 24. Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], de 30 de septiembre de 2005 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>
 25. Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2006/363/L00141-00237.pdf>
 26. Lacort A. Leyes de la provincia de Buenos Aires [1854-1938]: constituciones, códigos y leyes nacionales importantes. Volumen 4. 1937 [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=sHwoAQAAMAAJ&dq=A.%20Lacort.%20%22Leyes%20de%20la%20provincia%20de%20Buenos%20Aires&hl=es&source=gbs_book_other_versions

27. Jurisprudencia argentina. Revista Jurisprudencia argentina [internet] 1955 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=YmcwAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
28. International Board of Lactation Consultant Examiners. BCLCE. History [internet] [citado 10 jul 2022]. Disponible en: <https://ibclce.org/about-ibclce/history/>
29. Matronas Asociación de Murcia. Manejo de los problemas de la lactancia derivados de la anquiloglosia: cuidados e intervención de las matronas. Matronas Asociación de Murcia [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.asociacionmatronasmurcia.es/manejo-de-los-problemas-de-la-lactancia-derivados-de-la-anquiloglosia-cuidados-e-intervencion-de-las-matronas/>
30. Bühler A. The Impact of Tongue-Tie and Frenotomy on Breast-feeding: A Call for Broadening the CPM's Scope of Practice. Midwifery Matters. [internet] 2015 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/575f16758259b52cea318166/t/5a578e27c8302558ef01fc54/1515687466488/tongue+tie+article+midwifery+matters+winter+2015.pdf>
31. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 302, de 17 de diciembre de 1970 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1960/12/17/pdfs/A17308-17308.pdf>
32. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 200, de 22 de agosto de 1977 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>
33. Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 50, de 27 de febrero de 2008 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/\(4\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/(4)/dof/spa/pdf)
34. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería Circular (CODEM) 17/90 de 5 de febrero de 1990. Cirugía Menor. CODEM; 1990.
35. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 35, de 10 de febrero de 1995 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/02/10/pdfs/A04538-04543.pdf>
36. Cartera de servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Mayo 2010 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf
37. Junta de Andalucía. Cirugía Menor. Desarrollo de Nuevas Competencias Enfermeras [internet] [citado 10 jul 2021]. Sevilla: Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/PracAvCirugiaMenor24052011.pdf>

La historia no contada del tratamiento del frenillo: duelo entre cirujanos y matronas

Rosa M^a Plata Quintanilla

Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Santander (Cantabria). Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM).

Contacto: rplataq@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Plata Quintanilla RM. La historia no contada del tratamiento del frenillo: duelo entre cirujanos y matronas. *Matronas Hoy* 2021; 9(2):47-57.

Resumen

Introducción: las intervenciones quirúrgicas sobre la anquiloglosia (frenillo corto) son conocidas desde la medicina griega, siendo las parteras mayoritariamente las encargadas de realizar la frenotomía por su relación con los neonatos. A partir de la Edad Media surgió la competencia entre las parteras, quienes tenían prohibido el uso de instrumentos, y los cirujanos, a quienes se les permitía usarlos.

Objetivo: hacer una revisión crítica desde el punto de vista sociológico del devenir histórico de la realización de la frenotomía por parteras y cirujanos, objetivando la campaña de estos contra las matronas para hacerse con esta competencia en su escalada para sí, de la parcela de la cirugía.

Material y método: revisión de la literatura histórica relacionada.

Discusión: parece evidente que las parteras, después matronas, han estado sometidas a violencia de género desde el androcentrismo que ha impedido su desarrollo y, como en este caso, la pérdida de competencias históricas.

Palabras clave: frenillo; parteras; comadres; matronas; anquiloglosia; barberos; cirujanos..

Abstract

The untold story of frenulum treatment: a duel between surgeons and midwives

Introduction: surgical interventions regarding ankyloglossia (short frenulum) have been known since Greek Medicine, and birth attendants were mostly in charge of performing frenotomy due to their relationship with newborns. Since the Middle Ages, there has been a rivalry between birth attendants, who had been forbidden to use tools, and surgeons, who were allowed to use them.

Objective: to conduct a critical review from the sociological point of view of the historical path of frenotomy conducted by birth attendants and surgeons, focusing objectively on the campaign of the latter against midwives in order to keep this competence within the escalation of the surgical area.

Materials and methods: a review of the relevant historical literature.

Discussion: it seems evident that birth attendants, and later midwives, have been submitted to gender-based violence due to androcentrism, which has prevented their development and, in this case, led to their loss of historical competences.

Key words: frenulum; birth attendants; midwives; ankyloglossia; barbers; surgeons.

Introducción

Es histórica la competencia de las matronas en la resolución de casos de anquiloglosia por su cercanía y conocimiento de los neonatos, y la práctica continuada de la técnica de eliminación del frenillo (frenotomía) derivada de la creencia extendida general de que todos los problemas del habla, primeramente, y de lactancia y problemas asociados a la alimentación, podían resolverse con esta intervención en el pasado.

Conflictos actuales como el que se plantea hoy en día con la autorización o prohibición para las matronas a realizar frenotomías tienen, como en este caso, profundas raíces en un problema histórico.

Desde el momento en que estos dos, antes oficios, el de parteras y barberos-cirujanos, interactúan por los intereses de estos últimos en áreas de competencia de las parteras, se empiezan a generar una serie de disputas. Estos conflictos pueden explicarse desde el androcentrismo de épocas pasadas que apuntaló el dominio masculino frente a las mujeres, acallando la historia de las mujeres en general, y en concreto de las parteras, hasta la omisión naturalizada (ginopia) de lo femenino: no ver a las mujeres, no percibir su existencia ni sus obras.

Afirmo que es difícil desde mi posición de mujer, matrona y entusiasta de la historia de la profesión, no perder la objetividad y poder realizar una investigación neutral, a pesar de que he intentado contrastar información de múltiples autores sobre el mismo hecho. He encontrado una historia escrita por hombres, a mi juicio con un claro conflicto de intereses por esta competencia desarrollada por las matronas de forma empírica con base en el saber ancestral transmitido de generación en generación. Se estableció una rivalidad entre los cirujanos, que deseaban lo que las parteras poseían, y estas, que vieron peligrar su oficio, intentaron defenderlo, pero la "cuerda se rompió" por el punto más débil, la línea de género: todos los cirujanos eran hombres y todas las parteras eran mujeres.

Objetivo

Hacer una revisión crítica del devenir histórico de la realización de la frenotomía por parteras y cirujanos.

Desvelar el origen de la rivalidad entre los dos oficios por esta práctica, mientras los cirujanos aspiraban a lograr la autoridad reconocida y exclusividad de realización del procedimiento, las parteras pretendían mantener su competencia histórica en la práctica de la frenotomía.

Material y método

Como investigación historiográfica se ha realizado a través de la búsqueda bibliográfica en bibliotecas digitales con

grandes fondos documentales como la Biblioteca Nacional de Francia (BNF), Biblioteca Universitaria (Medicina de París (BIU)), Libros Google, propios y otros, en español, francés e inglés con los descriptores respectivos: frenillo, parteras, comadres, matronas, anquiloglosia, barberos, cirujanos/*sages-femmes, filet, freine de la lange, frein lingual, ankyloglossie, barbiers, chirurgiens/midwives, tongue-tie, ankyloglossia, barbers, surgeons.*

Antecedentes históricos en el tratamiento de la anquiloglosia

La anquiloglosia, anomalía oral congénita poco común, conocida como frenillo lingual, se refiere a un frenillo lingual corto que interfiere con el movimiento normal de la lengua pudiendo en ocasiones, causar dificultades para la lactancia materna entre otras consecuencias.

Desde tiempos inmemoriales es conocido el frenillo lingual (anquiloglosia) al que fundamentalmente se le atribuyeron los problemas del habla en un principio, así como posteriormente, los de la lactancia y la alimentación en general, como se recoge en diferentes textos antiguos:

Ciceron cita: *"Hay quien tiene la lengua adherida y no puede hablar "quorum linguæ sic inhærent, ut loqui non possent, en cuyo caso, explica, una operación remedia el inconveniente " eæ scalpello resectæ liberarentur"*¹.

Por su parte A. Celso, que no era mi médico ni cirujano, sino un lego práctico que escribió sobre medicina de información obtenida de muchas autoridades griegas e incluso del resultado del tratamiento médico en su entorno, afirma: *"A veces la lengua está unida por delante, desde el nacimiento a la parte que está por debajo, por ello el niño no puede hablar"*².

El libro japonés de medicina más antiguo que se conserva, Ishinhou, describe la frenotomía como un procedimiento utilizado para liberar el frenillo observado en los recién nacidos, subrayando la importancia de cortar las membranas que restringen el rango completo de movimiento de la lengua. La frenotomía se ha practicado desde la antigüedad en todo el mundo, en China, por ejemplo, desde 1050- 256 d.C.³

En 1473, Bartholomeus Metlinger recomendaba: *"Después de que el fruto haya nacido, la partera debe revisar la boca del bebé con miel de rosas o miel untada en su dedo y debe tocar las encías, el paladar y la lengua del bebé; y si hay que aflojar algo, debería aflojarlo."*⁴

Juan Fragoso, cirujano español perteneciente a la generación de cirujanos que nació en torno a la década de los años treinta del siglo XVI, se expresaba así:

*"El frenillo que -los griegos llaman ancyo glosson, los latinos ligatio linguz, y los modernos hilo, o atadura de la lengua-, es de sustancia nerviosa, nace de aquella túnica que cubre la lengua, y toda la boca. Formole naturaleza para refrenar la lengua, porque no se saliese más de lo necessario, aunque algunas vezes la aze tanto que impide la habla, y el mamar a los niños; por el qual respeto las parteras curiosas y diligentes arriman el dedo a la boca del niño recién nacido por sí aqel hilo de la lengua esta mas asido de lo justo: pero si andando el tiempo aparece, se les corta, guardando unas venillas que dize Paulo estar escondidas, y huyendo (como advierte Realdo) dedos nervieillos que baxan allí; del setimo par de los sesos."*⁵

En este texto y en el siguiente se lee cómo las parteras se encargaban de la inspección de los recién nacidos, sin olvidar comprobar si el neonato tenía un frenillo potencialmente comprometedor.

*"Digo esto porque casi siempre es la madre o la partera quien llama la atención del médico sobre este punto (el frenillo); estos últimos, que tienen poca experiencia en la realización de esta investigación, pueden no pensar en ello."*⁶

En Francia, y en muchos otros países en la Edad Media, durante un bautismo una partera siempre inspeccionaba el frenillo y lo cortaba si existía, y si persistían las dificultades para amamantar, repetía el procedimiento⁷.

La disputa entre matronas y cirujanos por la realización de las frenotomías

*"Los cirujanos se originaron a partir de los barberos y charlatanes de aldea. El límite entre parteras y cirujanos fue el uso de instrumentos, lo que explica por qué las parteras continuaron despegando el frenillo con las uñas y los cirujanos procedieron a inventar instrumentos para la intervención"*⁴.

Como siempre, la potestad autoarrogada de los hombres, con base en un sexismo imperante y permitido durante siglos, establece las relaciones desiguales e injustas entre ambos géneros de forma que se ha mantenido la naturalización del sexismo y el androcentrismo. Precisamente la consideración androcéntrica del hombre como centro o protagonista de la historia y la civilización humana, en detrimento de las mujeres, cuya importancia se rebaja o no se tiene en consideración, es el punto de arranque del conflicto de los cirujanos con las matronas.

Los barberos-cirujanos, que lo mismo se ocupaban del rasurado que de ciertos procedimientos médicos como extracción de dientes, sangrías, evacuación de forúnculos, etc., eran despreciados por los médicos, pero aspiraban a entrar en el mundo de la medicina, conseguir poder y estatus a través de la parcela de la cirugía separada de la medicina que ellos desempeñaban con más práctica que ciencia durante siglos, y a pesar del rechazo y menosprecio por parte de los médicos, tanto a la práctica como a los que la prac-

ticaban, eran necesarios en la sociedad. La medicina medieval tuvo un marcado carácter especulativo, era empírica y pragmática se limitaba a conocimientos de doctrinas mantenidas desde la antigüedad, mezcladas con supersticiones y misticismo: la teoría médica constituía lo substantivo, y la labor manual era desdeñada. Así, la práctica quirúrgica fue quedando en manos de los barberos⁸, que fueron ganando terreno por su ambición, su práctica, y gracias también a su género (masculino) consiguieron para su desempeño el área de la cirugía que más tarde se uniría a la medicina, convirtiéndose en un todo en la atención de salud. Los barberos-cirujanos, luego encumbrados a cirujanos tras su práctica en las numerosas contiendas, cerca de los líderes, soldados, reyes y nobles, adquirieron experiencia y poder y acabarían desafiando y desbancando a las matronas definitivamente a partir del siglo XVIII. Incluso mucho antes los cirujanos, con sus cuestionables conocimientos en el medievo, y con el paso de los tiempos con más intensidad habiendo crecido su formación y elevado su estatus, se permiten censurar la capacidad y la práctica de las parteras.

Uno de los más tempranos y radicales en el juicio contra las matronas es Fabricio Acquapendente, cirujano de Padua que sustituyó a Fallopio en su cátedra y se expresaba con un desprecio hacia las comadres (y el género femenino) solo comparable con su suficiencia:

*"La tercera operación de la lengua es cortar el frenillo que tiene debaxo, y ante todas cosas quiero esteis avisados de la temeridad de las comadres, que cada día a qualquier niño que nace le cortan el frenillo con la uña, que aposta la traen larga, y aguda para el caso; y pensan que de no hazer esto, no podrá nunca hablar la criatura, como si la naturaleza (ò terrible necedad) necesitasse de la ayuda de una mugercilla mentecata, que la socorra, y ayude para dar la habla a una persona, siendo esta accion casi propia del hombre. Y yo vi recién nacido que estuvo detenido, sin llegar à el, hasta que la madre echo las secundinas, y se estava sin llorar, ni hazer acción molestia ninguna; y quando la comadre le cortò con la uña el frenillo de debaxo de la lengua, luego al punto lloro de dolor. Pero esto es lo de menos, lo que importa mas es, que por aquella seccion con la uña, se haze inflamacion, y muchissimas vezes los niños no pueden tomar la teta, ni mamar, por lo cual se mueren. Y lo que es aun mucho peor, achacan cualquier muerte que suceda, al parto o simplemente a la impotencia de no poder tomar el pecho, o à otra cosa, siendo mera culpa de la comadre. Y créanme que digo la verdad, que estoy muy admirado, que no aya ley que prohiba las muertes de las criaturas: aconsejos, pues, que mandeis à las comadres, que no toquen en este particularmente a vuestros hijos o à otros qualesquiera"*⁹.

El catedrático de Medicina, Cirugía y Botánica de Helmstad (Suecia) Heister escribía al respecto en su obra monumental: *"Qué es ver a las comadres, con qué impericia y atrevimiento meten los dedos en las bocas de los infantes recién nacidos,*

y dislacerarles la lengua y frenillo sin tener de ninguna suerte necesidad de ello? Y quien no temerá, y discurrirá que de esta temeraria, y ruda laceración con las uñas no se originen inflamaciones, convulsiones, y aun la misma muerte de los tiernísimos infantes? No solo se atreven a practicar temerariamente esta operación las parteras, sino que tambien cualquier mugercilla dice, que le sobra ciencia para hacerla."¹⁰

En los aforismos de Boerhaveen, médico y humanista holandés, considerado uno de los clínicos y profesores más influyentes del siglo XVII, indica: "Las comadres ignorantes tienen la perniciosa costumbre de desgarrar por sí con las uñas el frenillo, ú de cortarle con tijeras, creyendo firmemente que esta operacion es absolutamente indispensable para que el niño mame con facilidad y hable quando llegue à grande, de lo que viene el proverbio de decir á los que hablan mucho que no tienen frenillo."¹¹

"...el frenillo, que debe cortarse por el médico con una tijera de punta redonda, y no con la uña como hacen algunas comadres. Importa mucho que esta pequeña operación la haga persona entendida, porque las comadres, por ignorancia, en vez del frenillo cortan el freno de la lengua, operación inútil y o tan sin inconvenientes como generalmente se cree. El niño que agarra bien el pecho o el dedo meñique, y saca la lengua al borde de los labios al tiempo de hacer la succión, no tiene frenillo, ni necesidad, por consecuencia, de que se le corte."¹²

"...debe examinarse detenidamente si hay algún vicio de conformación, y proceder a su remedio. El mas comun es el frenillo, el cual será cortado con tijera roma por el comadron, y no con la uña, segun acostumbran algunas parteras. Que jamás ejecuten estas semejante operación, pues en su manos puede llegar a ser peligrosa, dividiendo por torpeza algun vaso sanguíneo sub-lingual".¹³

El escarnio en contra de las parteras en este sentido era evidente que tenía como contrapeso el enaltecimiento del cirujano (recién titulado o aspirante a título aun desde la barbería) y desde ahí lograr que su figura reforzara su autoridad y exclusividad en la práctica de la frenotomía. La cuestión del empleo de las uñas, aunque en muchos casos fuera cierto, no lo era en todos y parece que existían variantes locales. La historia escrita desde el androcentrismo se olvida interesadamente señalar que además de la ya mencionada prohibición de las parteras de utilizar instrumentos, les privaron de la posibilidad de formación y desarrollo, incluso en algunos casos lograron que se le impusieran leyes que al cabo de siglos de realizar esta práctica, les prohibían efectuarla a partir del momento en que los barberos-cirujanos tuvieron interés en ella. Hay textos que hablan de prohibición expresa y por contra de permiso otorgado:

"A las parteras de Heilbronn (Alemania) y mujeres juradas se les prohíbe realizar la frenotomía alrededor de 1480. No deberían atreverse a soltar la lengua sin consejo médico,



Imagen 1. Compuesta de L'arcenal de chirurgie de Jean Scultet (1712)⁴⁸. La figura II muestra el corte del frenillo con el bisturí de Tab. XIII fig II (la lengua sujeta con un pañuelo), siguiendo el método de Hierôme Fabrice d'Acquapend. La figura III muestra la misma operación, elevando la lengua con el elevador de plata de la Tab. XI. Fig. VII y cortando el frenillo demasiado corto con las tijeras.

por lo que y debido a su incompetencia se cometen muchos errores graves.

En contraste, las reglas de las parteras de Passau (Alemania) de 1595 instaban: la partera debe buscar debajo de la lengua del bebé y detectar si se adhiere. Si este es el caso, pronto debe apretar el vaso mientras esté tierno."⁴

Entre la abundante bibliografía consultada en la Biblioteca Nacional de Francia hay en depósito una obra interesante *Revista de tradiciones populares*¹⁴, en la que Chervin, médico y antropólogo, en 1893 hace una encuesta por Francia y otros 11 países europeos en relación con la costumbre de seccionar el frenillo que confirma la práctica y la limitación de las parteras:

"La operación es confiada a las matronas que la ejecutan desgarrando el frenillo con las uñas del pulgar e índice" (Nápoles).

"La operación se realiza con la uña del dedo meñique o con unas tijeras corrientes. M. Paul Fagot". (Lauraguais, Francia).

El Dr. Fiessinger de Oyonnax (Francia) decía al respecto: "Uñas no cortadas por deber profesional, lo vimos en el siglo XVI. Las parteras de la época eran las encargadas de mostrar esta curiosidad, sobre todo la uña índice. Cuanto más larga y puntiaguda, más apropiada para usarse. Porque esa uña que las tijeras no cortaban era un instrumento quirúrgico, como un bisturí con cuernos. No servía más que para rasgar el velo de la lengua en el recién nacido".

"No podemos protestar demasiado contra el uso de parteras que en su ignorancia dejan crecer la uña de su pulgar derecho para usarlo como cuchillo para cortar el frenillo de la lengua, sin pensar en los graves peligros que puede resultar de esta operación. Una vez finalizada la operación, la comadrona mojará su dedo en miel rosa y lo pasará por la herida del corte".

M.F. Corazzini, sacerdote de Florencia, responde *"que la sección del frenillo se hace en las primeras horas de nacimiento. Es la partera quien lo hace con la uña del pulgar, presionando contra la uña del índice".*

Cortese, escribano napolitano del siglo XVI, hablando de operaciones de urgencia que deben ser hechas por las matronas, lo expresa así: *"Cortar el filete de la lengua se hace al momento del nacimiento del niño..."*.

"Muchas parteras tienen la costumbre de practicar "sgargiari" es decir, romper con el dedo el freno de la lengua del recién nacido. Para ello, ellas se dejan crecer su uña y embadurnar ese dedo en miel sin lo que no saldría bien" (Sicilia)¹⁵.

"Hasta hace mucho tiempo, las parteras y matronas solían arrancar o cortar el filete con una uña que dejaron crecer para eso. Pierre de la Cerlata, T. Fabricio d'Aquapendente y muchos otros autores han protestado con razón contra esta práctica tan imperfecta como bárbara."¹⁶

"La sección del frenillo hecha con las uñas de las partera, y la inflamación que es consecuencia de esta dislaceración imprudente, determinan comúnmente el infarto de las glándulas sub-linguales o dan lugar a excrecencia variadas."¹⁷

"Las parteras se dejaron crecer la uña de su pulgar derecho para poder cortar el frenillo."¹⁸

"...surgió la superstición de que todas las "ataduras de la lengua" deben corregirse; esto fue transmitido desde la antigüedad por parteras, que no solo rasgaron el frenillo con las uñas sucias, sino que además le arrancaron la lengua. La herida así creada a menudo resultó en una infección que se extendió a otras estructuras intraorales. La lengua desgarrada ocasionalmente caía hacia atrás y causaba asfixia al tragar la lengua."¹⁹

Es evidente que, inclusive hasta nuestros días, se ha transmitido esta idea negativa sobre las parteras en relación con la sección del frenillo.

En toda la bibliografía española disponible en red y libros propios, destinada a parteras y el arte de partear desde 1541, con el pionero libro de Damían Carbón, no se hace mención alguna a la revisión y sección del frenillo por parteras ni por cirujanos; todo lo producido en España relacionado se encuentra en otro tipo de materia médica como se referencia en la bibliografía²⁰⁻²⁷.

Discurso tendencioso en contra de las parteras

La intencionalidad por parte de los cirujanos de mostrar a la parteras de forma general como mujeres vulgares, sucias, inescrupulosas y, más que ignorantes, incapaces de comprender y aprender, habla de una campaña de "acoso y derribo" contra ellas, donde todo vale para aniquilar a quien se considera adversario; el hostigamiento, la desacreditación continua, la crítica constante fueron los métodos empleados para, desde ese momento, empezar a sacar a las parteras de la que, desde que el mundo existe, fue su área de asistencia y cuidados, y culminar la estrategia con la consecución para sí de la asistencia obstétrica-ginecológica, relegando a las matronas a meras auxiliares.

La cosificación de la mujer en las distintas sociedades a lo largo de la historia del mundo occidental ha priorizado las diferencias de género con base en la racionalidad, concedida al ser superior, el hombre, y negada a la mujer. Ese argumento justificaba la estructura patriarcal que ha sustentado la desigualdad femenina y consecuentemente su subordinación al hombre²⁸. Este punto de partida privó a la mujer de muchas cosas, probablemente la más importante para su independencia, el acceso tardío y limitado a la formación y a un empleo fuera del hogar y remunerado. De hecho las parteras fueron las primeras mujeres que ejercen un oficio ajeno a los de su sexo (labores domésticas), cierto que, aunque sometidas a regulaciones, sin instrucción académica y formadas a través de la práctica y de la transmisión de saber entre mujeres.

La instrucción académica para las matronas arranca a partir de la Real Cédula de creación del Real Colegio de Cirugía de San Carlos en 1780, en el que posteriormente se instauran las diferentes cátedras entre las que se incluye la de obstetricia, y se da acceso a las matronas (1789-1800, 1^{er} curso)²⁹ aunque eso sí, con limitaciones, obviamente marcadas por la inequidad de trato entre cirujanos y matronas como se lee en el artículo VI de la Cédula: *"Como la asistencia de las matronas al parto es tan conveniente, y precisa muchas veces: es justo que en este estudio público se las proporcione toda la instrucción necesaria para que procedan en todas las urgencias con acierto y utilidad; á cuyo fin deberá este mismo Profesor dedicarse - en el tiempo y horas que pueda, sin perjuicio, de la enseñanza de los Alumnos del Colegio , á instruir en una de las piezas de este edificio , y á puertas cerradas , á las mugeres que quieran Aprender y tomar estas lecciones."³⁰*

Una vez más se detecta un tinte misógino en la redacción de esta cédula con esa actitud condescendiente y a la vez laxa hacia las matronas que traduce el menosprecio manifiesto en función del género y probablemente el deseo del control hacia el oficio de larga tradición que desempeñan, cuyo dominio y conocimiento quieren arrebatarse los cirujanos.

La legalidad de ejercer una profesión amparada en una formación oficial con título universitario en España, no se produce hasta el siglo XIX (1845), en que las matronas consiguen

ser las primeras mujeres con título universitario de este país³¹.

A pesar de las evidencias escasas, son los hombres de bien que han reconocido mucho antes de la época actual, en la que aún las mujeres seguimos reclamando igualdad de derechos, los impedimentos de las matronas para su desarrollo, insisto, el mayor, la imposibilidad de acceso a formación por simple discriminación de género. Así se expresaba al respecto en 1832, Alain Delacoux, médico francés que dedicó un libro a las Matronas célebres:

*"¿No tenemos el derecho de preguntarnos de dónde deriva esta opinión que se ha ligado sin cesar a deprimir una profesión cuyo objetivo es abrir las puertas de la vida, cuyos atributos son la confianza y la humanidad en eso que ella tienen de más respetable y de más obligado? De la ignorancia, nos dirán; es verdad, la ignorancia de las matronas; pero si nosotros nos remontamos a las causas primeras, observaremos que la razón de la incapacidad, más prejuzgada que real, motivó en todos los tiempos la exclusión de las mujeres de los estudios serios y regulares."*³²

Los barberos, como afirma Obladen, *"dejaron pocos rastros en la literatura"*,⁴ se entiende de su pasado profesional, y como en este caso podríamos pensar, poco glorioso, a pesar de lo cual en la búsqueda se ha encontrado una anotación repetida en muchos textos sobre la frenotomía realizada por ellos. Estos practicaban con útiles y formas de proceder más que peligrosas, a pesar de lo cual ni existe la crítica hacia ellos, mucho menos la autocrítica. Y esto frente a las descalificaciones afiladas y maliciosas sobre las matronas, sus adversarias en el juego, las cuales difícilmente podrían igualar, en el peor de los casos, la exposición de riesgo de los neonatos procediendo con sus manos, en comparación con el utillaje quirúrgico, sin entrar en las condiciones de limpieza de los mismos, puesto que la asepsia era desconocida aún por el mundo:

"...en algunos pueblos sicilianos, como en Europa, la operación está reservada a los barberos como en Grabovo (Polonia) donde generalmente es un barbero judío, que usa tijeras, un cuchillo bien afilado, o la navaja, en cuyo caso para evitar el riesgo de hacer un corte demasiado profundo, rodean la hoja de afeitar con una tela, dejando solo el extremo al descubierto."^{7,25}

También se menciona que los barberos *"utilizan una moneda de plata vieja delgada y gastada a cuya circunferencia se le hace filo tras un afilado prolongado con una piedra dura afilada sobre una piedra para hacerla más cortante."*^{7,33-35}

Matronas ilustradas y maestras

Entre las matronas ha habido celebridades que han pasado a la historia por su saber y por sus textos de los que se han servido muchos cirujanos, a la vez que aprendían el arte de los partos de estas mismas mujeres.

Es desgraciadamente cierto que la literatura científica elaborada por matronas instruidas es escasa en relación a la de los cirujanos, obviamente resultado de la desigualdad, pero tenemos antecedentes como el caso de Louise Burgeois, en cuyo libro de obstetricia (1609) escribía: *"ver si tiene la banda (le filet)"* y advertía en caso de hallarla *"no se debe intentar quebrarla, porque la uña que es venenosa les producirá chancros o úlceras; el cirujano consultado sobre el problema se lo quitará con punta de tijera sin riesgo"*³⁶. O las indicaciones precisas que hacía Justine Siegemund (1752) para los casos susceptibles de resolución quirúrgica cuando especificaba: *"aquel recién nacido no puede sacar la lengua o no puede moverla alrededor del pezón. Entre miles de niños habrá uno al que esto le pase."*³⁷

Cuando menos es paradójico, la crítica despiadada y en ocasiones demostradamente injusta que a medida que ha avanzado el tiempo se ha vertido con más saña contra las parteras, incluso hasta en lo relacionado con las condiciones de higiene, por las que como se recordará precisamente los médicos no brillaron, todo lo contrario, como la historia ha confirmado por ejemplo con la transmisión de las fiebres puerperales: las matronas, dentro de las condiciones siempre más humildes a su disposición, también es cierto que excluidas de la cirugía pero con similar desconocimiento de la asepsia, cabe pensar que siguieron reglas más higiénicas en sus procedimientos. Sin embargo, el título "de salvador de las madres" se le otorgó a Ignaz Semmelweiss, no a las matronas, que lo mismo en Viena que en el resto de Europa tuvieron una incidencia de fiebre puerperal infinitamente menor que la de los médicos y, por tanto, responsables "inconscientes" de un menor número de muertes maternas.

Entre las uñas de las parteras y el armamentario quirúrgico de los cirujanos

La campaña de desprestigio orquestada por los cirujanos contra las parteras nace de una conjunción de elementos, en la que se incluye su necesidad de que la razón de ellos sea avalada y aceptada, al mismo tiempo que su "verdad" se convierta en el argumento influyente para quedar sin tacha su posición y estatus hasta el punto de elevarlos, y así sacar del terreno de juego a las parteras, o lo que es lo mismo, lograr finalmente que recayera sobre ellas la prohibición de realizarla y/ o fueran descartadas por el público de su atención. Mientras, ellos se seguían ingeniando para fabricar artilugios, muchos de ellos inútiles y obviamente usándolos sin las mínimas garantías de higiene y desinfección, e incluso experimentando técnicas asaz peligrosas, pero marcando la distancia con el poder de los instrumentos que se les negó a las matronas:

Velpau, célebre anatomista y cirujano francés, hacía una pequeña historia de los inventos y técnicas con patente propia que fueron aumentando progresivamente:

"No se sabe que esta operación se haya practicado antes de Celso, quien para practicarla quiere que se levante la lengua con unas pinzas y advierte que se cuide de los vasos; Pablo de Egina y Abu I-Kasem usaban un gancho para evitar con más seguridad la hemorragia; Avicena atravesaba la base del frenillo con una ligadura y no usaba ningún instrumento cortante; Cerlata que censura a las parteras arrancar ó cortarlo con la uña, levantaba la lengua con dos dedos y lo destruía con un instrumento particular; Acquapendente desecha con razon las tijeras puntiagudas de Friedrich y critica la mala costumbre de las parteras. J. Fabricio coje el frenillo entre dos dedos, despues de haber levantado la lengua lo divide poco à poco con un bisturi curvo y dice que esta operación rara vez es indispensable; Hilden es del mismo parecer y la practicaba con un instrumento que le servia á la vez de tijeras y de pinzas para levantar la lengua: la horquilla y las tijeras grandes inventadas por Scultet y Solingen son inútiles; la idea de cortar el frenillo con un bisturi incandescente como lo hacía Lanfranc seria hoi mui ridicula; el instrumento con resorte de J.L. Petit y alabado por Plantner pareció muy incómodo a LeDran que dice que casi siempre bastan tijeras romas y que es superfluo agrandar la herida desgarrandola con los dedos despues de hecha la incision como la hacía Dionis; la espátula hendida de Richter y Gallisen, las tijeras curvas y romas inventadas por G. Sichmitt no se usan entre nosotros aunque pueden en verdad mui bien conseguir el objeto que se propusieron sus autores. M. Colombat ingenioso para construir instrumentos nuevos acaba de proponer uno que me parece enteramente inútil, igualmente que la escisión que quiere usar en lugar de la escision simple."³⁸

El miedo como factor disuasorio contra las matronas

Prácticamente todos los autores consultados han expuesto los "gravísimos peligros" de que realizaran la técnica las parteras, sin que haya casos descritos en la literatura de hechos funestos en manos de ellas, algo que a los "adversarios" no les hubiera pasado inadvertido y hubieran dado toda la publicidad posible para aseverar sus continuas afirmaciones; hace mucho que se sabe que la técnica para liberar el frenillo es sencilla, y después del corte el lactante puede ser amamantado de nuevo, ya que el frenillo apenas sangra y no necesita realizar cura alguna:

"A veces, una fina membrana que surge de la parte inferior de la boca, estira casi hasta la punta de la lengua, sujetándola hacia abajo, para impedir que el niño agarre el pezón y succione. Este desorden, que se llama atar la lengua, se remedia fácilmente introduciendo el dedo índice en la boca del niño, levantando la lengua y cortando la brida con un par de tijeras."³⁹

"Para cortar el frenillo, introducimos el dedo índice y medio de la mano izquierda debajo de la punta de la lengua, de

manera que tome el frenillo entre los dos dedos, luego, levantando la punta de la lengua, estiramos la membrana para que quede cortado. En lugar de dedos, se puede utilizar el extremo ranurado de una sonda estriada. A continuación se corta el freno con un solo golpe de tijera de punta redondeada y en un área de dos milímetros. Hay una gota de sangre fluyendo, pero no hay necesidad de lidiar con ella. No es necesario quitar parte de la red; incluso se debería evitar hacerlo con cuidado, ya que es esta práctica, y esta práctica sola, la causa de los raros accidentes que se han informado. Es casi imposible lesionar las arterias abiertas, a menos que la incisión sea ridículamente larga o mal dirigida."⁴⁰

Pues bien, por desconocimiento y/o interés, el miedo a los graves resultados en manos de parteras, como se ha visto, fue una constante en la campaña de los cirujanos en su particular lucha de poder contra ellas y lo sorprendente es que ellas solo utilizaban sus manos frente a artefactos demostradamente peligrosos inventados por ellos.

Un ejemplo destacado de intimidación es el de J. L. Petit (París. 1674 -1750), cirujano, al que si bien le debemos el invento del torniquete, su popularidad adquirida, entre otras actividades quirúrgicas, dicen fue también por su habilidad y experiencia en los casos de operación de frenillo. A la vista de las referencias relacionadas cabe la duda de que las alabanzas a su habilidad sobre esta intervención se correspondan realmente con la verdad, o son fruto de una corte de aduladores que decidieron ensalzarlo y al anquilotomo de su invención, habida cuenta de que llegó a ser presidente de la *Académie Royale de Chirurgie*, a la que también pertenecía Henri-François Le Dran, quien, sin embargo, como algunos otros, criticó su invento para realizar frenotomías.

Llama la atención los elogios exaltados de M. Louis, por otra parte Secretario Perpetuo de la *Académie Royale de Chirurgie*, que a lo largo de 33 páginas antecediendo la obra de *Petit Traité des maladies des os*, lleva hasta el paroxismo el ensalzamiento cuando insinúa tildar de benefactor de la Humanidad a J.L. Petit:

"Da una insinuación de su invento para practicar esta operación con seguridad y sin peligro de hemorragia: agrega los medios que utilizó con éxito para remediar este accidente, cuando la operación había sido realizada por manos menos inteligentes, y finalmente describe cómo podemos prevenir el peligro en el que el niño se traga la lengua. Todos estos preceptos, probados sólidamente por el saber, forman un tema muy importante del funcionamiento de la red; interesan a todas las familias y son los únicos que podrían reconocer al autor el título de benefactor de la humanidad."⁴¹

En relación a los peligros, no parece que Bouchut los crea tales y en 1878 escribe: "Esta operación poco difícil presenta, sin embargo, algunos peligros de hemorragia y de tragarse la lengua cuando se hace con mano tímida o inhábil", aun-

que unos párrafos más abajo matiza: *"hay algunas veces hemorragias después de la operación, cuando existe una anomalía vascular, y si se corta alguna arteria ranina o vena gruesa"*.

Mencionando a Petit, el mismo autor dice: *"Otro accidente más raro pero más peculiar de la operación de frenillo es la inversión de la lengua hacia la faringe. J.L. Petit ha referido muchos ejemplos notables de esto, lo cual no sucede nunca, sino después de un corte demasiado extenso del frenillo."*⁴²

La opinión de Bouchut, cirujano jefe clínico del afamado *Hôtel Dieu* de París, eminente médico que hizo contribuciones significativas en varios campos médicos incluyendo pediatría, laringología, neurología y oftalmología, no fue la única contraria a la peligrosidad pregonada por J.L. Petit de inversión de la lengua al corte del frenillo^{38,39,40}:

"No habiéndose reproducido semejantes hechos, o no habiendo sido observados, y pareciendo contarios a esta especie de dislocaciones de la lengua los datos anatómicos y fisiológicos, negaron algunos autores los casos de Petit".

Para concluir, y a pesar de la "edulcoración" del comentario a renglón seguido, el interés de este cirujano observado por muchos es evidente:

*"J.L. Petit ha combatido con energía el abuso (se refiere a las frenotomías). Dicho cirujano demostró los riesgos de esta operación y aún los exageró un poco; y si no fuera por su bien sentada reputación de probidad literaria y buena fe quirúrgica, casi nos inclináramos a creer que las observaciones insertas en sus obras se habían compuesto con intención de atemorizar a los padres que hacían cortar el frenillo á sus hijos por personas estrañas á la cirugía."*⁴³

Muchos errores silenciados en las frenotomías paracticadas por cirujanos

Fue en el siglo VI d.C., con un médico de Justiniano el Grande, Aetios d'Amida (502-575), cuando aparecieron las primeras operaciones del frenillo de la lengua, escisión quirúrgica del velo bajo la lengua llamadas frenotomías (o frenectomías)⁴⁴.

Las operaciones fueron durante mucho tiempo uno de los remedios (ineficaces) para el trastorno del habla (tartamudez). Alrededor de la década de 1830, la mayoría de los especialistas coincidió en la naturaleza física de la tartamudez. El médico Johann Friedrich Dieffenbach (1795-1847) pensó que podía acabar con los espasmos glóticos realizando la escisión del frenillo. Este cirujano alemán y profesor de cirugía clínica en Berlín ideó un procedimiento quirúrgico para tratar los defectos del habla que se puso de moda en Europa durante varios años. Hizo un corte horizontal en la raíz de la lengua, escindiendo una cuña triangular completamente a través y casi a través de ella, con el objeto de dividir los músculos linguales e interrumpir así su inervación para modificar o curar el espasmo muscular. Su método fue

el resultado de una conexión imaginaria entre la articulación defectuosa y la operación de estrabismo que también practicó.

Y en París, H. de Chegoin creía que la lengua tenía un tamaño desproporcionado en las personas que tartamudeaban. Intentó por "medios mecánicos" alterar esta desproporción.

El tratamiento de JMG Itard, precursor de la Otorrinolaringología, tras su publicación de un tratado sobre las enfermedades del oído y la audición (*Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, París), cierto que fue "más humano" pero no más efectivo. Cirujano y más tarde médico del Instituto para Sordos y Mudos de París, sostuvo que la tartamudez se debía a una debilidad muscular. Usó un tenedor dorado o de marfil (conocido como "Tenedor de Itard") colocado en la cavidad del arco alveolar de la mandíbula inferior con el propósito de sostener la lengua. Informó de dos curas (*Journal Universel des Sciences Medicales*. 1817), ninguna de las cuales era permanente, según otros relatos⁴⁵.

De este modo, innumerables métodos más, todos inútiles y muchos especialmente lesivos, se sucedieron.

El propio Chervin escribía en 1896: *"La inutilidad y el peligro de las tentativas quirúrgicas reconocidas públicamente por los mismos que las habían preconizado, la noticia de la muerte de sujetos operados por Dieffenbach y Amussat calmaron rápidamente el entusiasmo de las miotomías"*⁴⁶, pero el daño, muy grande, estaba hecho.

*"La controvertida experiencia de médicos como Dieffenbach y otros en una comunidad de expertos en desarrollo muestra hasta qué punto el desempeño de la experiencia fue realmente "frágil", ya que negociaba "entre el estado, la ciencia y la sociedad" e interactuaba con un sector de salud pública emergente. Los capítulos históricos de tratados y ensayos sobre la tartamudez sugirieron un grupo bastante homogéneo de científicos que trabajaban por un bien común. En trabajos más polémicos, sin embargo, se demostró que el "campo" contenía numerosos charlatanes, "profesores tartamudos" y otros denunciados como expertos ilegítimos o fraudes descarados."*⁴⁷

La historia también les da a los cirujanos "una cucharada de su propia medicina" cuando otros especialistas reclaman su área de competencia:

*"Los cirujanos, elocucionistas y otros competían por la autoridad, pero también por los "clientes". La feroz competencia dio lugar a impresionantes campañas publicitarias, pero también al secretismo en torno a los diferentes remedios propuestos."*⁴⁷

Sabemos que en la historia de la medicina en general hay ejemplos de inventos que salvan vidas, pero están indudablemente entremezclados con otros ejemplos de violencia silenciados, como se dieron en el caso de las frenotomías llevadas a cabo por cirujanos.

Las parteras, matronas, ya habían sido superadas por los cirujanos en los siglos XVII-XVIII en autoridad, clientes y reconocimiento social a pesar de tantos catastróficos errores, acciones ilegítimas y fraudes; estaban preparados y dispuestos para abordar el terreno de la asistencia obstétrica empezando por la exclusión simultánea de los conocimientos y la experiencia de siglos de las parteras y llegando hasta el control y su total subordinación, y lo consiguieron.

Reflexiones

Las matronas han sufrido históricamente violencia de género, sometidas a la dictadura androcéntrica, y el caso de la realización de frenotomías es uno de estos ataques a lo largo de la historia. En esta revisión se ha constatado:

- Desigualdad de género en la educación para las matronas (y mujeres en general).
- Impedimentos para el desarrollo profesional de las matronas.
- Las matronas han sido objeto de difamaciones y campañas de desprestigio interesadas hasta la colonización de su profesión por los cirujanos.
- Se estableció una alianza de género entre médicos y cirujanos en contra de las matronas.
- La historia escrita por los hombres adolece del contraste con una historia escrita por las mujeres también en medicina.

Así se ha escrito la historia de la primera profesión sanitaria del mundo que ha sido minusvalorada y cuyos históricos asistentes, las matronas, han sido suplantadas por una nueva grey. Me uno a las ideas de A. Delacoux³² y como él apoyo y reivindico:

- La importancia de la profesión de matrona.
- Que esta profesión era necesaria e indispensable con nuestra constitución social.
- Que las matronas son aptas para comprender y resolver las cuestiones más elevadas de la ciencia.
- Que la carencia de educación y la mala instrucción, en el pasado, fueron las únicas causas de nuestra inferioridad.

Bibliografía

1. Cicéron. *Traite de la Divination. De Divinatione. Livre I - Liber Primus. Tome IV.* [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/Ciceron/divinatione1a.htm>
2. Celsus. *On Medicine. Volume I: Books 1-4.* Translated by W. G. Spencer. Loeb Classical Library 292. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1935.
3. Mukai S, Mukai C, Asaoka K. Ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl.* [internet] 1991 May [citado 10 jul 2021]; 153:3-20. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/21130916_Anykloglossia_with_Deviation_of_the_Epiglottis_and_Larynx/link/55be11fc08ae9289a099c033/download
4. Obladen M. *Oxford Textbook of the Newborn: A Cultural and Medical History* [internet]. Oxford University Press, 11 ago 2021 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/5jbr2>
5. Frago J. *Cirugía Universal... Y más otros tres tratados [...]* [internet]. Biblioteca Británica; 1592 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=vxVmAAAAcAAJ&dq=cirugia+universal+Juan+Frago&hl=es&source=gbs_navlinks_s
6. Butling H. *Maladies de la langue. Publications du progres medical* [internet]. Paris: Lecrosnier et Babé; 1889. [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5512575j/f4.item#>
7. Chervin. *Traditions populaires relatives à la parole. Extrait de la «Revue de l'hypnotisme et la psychologie physiologique 1904-1904»* [internet]. (Paris), dix-huitième année, 1903. BNF. Gallica. [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <http://www.histoiredelafolie.fr/psychiatrie-neurologie/chervin-traditions-populaires-relatives-a-la-parole-extrait-de-la-revue-de-lhypnotisme-et-la-psychologie-physiologique-1904-1904-paris-dix-huitieme-annee-1903>
8. Pontificia Universidad Católica de Chile. *Apuntes Historia de la Medicina* [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/HistoriaMedicina/Indexe.html>
9. Acquapendente Fabricio. *Crisol de la Cirugía. 1675.* Libros Google [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books/about/Crisol_de_la_cirugia.html?id=ajgPVxLCgTsC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&qt&f=false
10. Laurencio H. *Instituciones quirúrgicas y cirugía completa universal. Tomo II. 1775.* Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/v0pbcg>
11. Boerhaave H, Swieten G (Freiherr van). *Tratado de las enfermedades de los niños. 1787.* Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/3f1ny>
12. Moro C. *De la salud de los niños ó sea libro de oro de las madres acerca de la conservación de los niños y de su propia salud durante el embarazo... y de las principales enfermedades de la infancia. Madrid. 1861* Libros Google [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/yndyy>
13. Seraine L. *De la salud de los casados ó fisiología de la generación del hombre é higiene filosofica del matrimonio.* Carlos Bailly-Bailliere, 1871. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/m9qy>
14. Chervin A. *Revue des Traditions Populaires. Traditions populaires relatives à la parole. 1900.* Biblioteca Nacional de Francia (BNF).

- Gallica. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58329934/f1.image.r=parole?rk=21459;2>
15. Pitriè G. Usie costumi credenze e pregiudizi del popolo siciliano, Volumen 2. Palermo 1889. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?redir_esc=y&hl=es&id=HD0KA-QAAMAAJ&q=146#v=snippet&q=146&f=false
 16. Colombat M. Du bégaiement et de tous les autres vices de la parole traités par de nouvelle sur la formation de la voix. 1840. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=dk486zOnblOC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=snippet&q=cerlata&f=false
 17. Frank JP .Tratado de medicina practica editor propietario Miguel Pacheco.1851. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=bphg5_GWeWMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
 18. Medical Bolletin. [internet] Volumen 40. Números 4-5. Hq, 7th Medical Command, 1983. Libros Google. [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=vSKg2ft-CogMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
 19. Horton Charles E, Crawford Hugh H, Adamson Jerome E, Ashbell T. Shelly. Tongue-tie. Communication Annual meeting of the American Cleft Palate Association [internet] 1967 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://cleftpalatejournal.pitt.edu/ojs/cleft-palate/article/view/213/213>
 20. Carbón D. Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Por Hernando de Cansoles, 1541. Libros Google [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=IN6uLpBV6SYC&dq=comadres&hl=es&source=gbs_navlinks_s
 21. Núñez F. Libro intitulado del parto humano, en el cual se contienen remedios muy útiles y usuales para en parto dificultoso de las mujeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes... en casa de Iuan Gracian, 1580 [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <http://data.cervantesvirtual.com/manifestation/255837>
 22. Medina A. Cartilla nueva, util, y necessaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear, en la Oficina de Antonio Sanz, 1750. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=-gLOkcAeFXwC&printsec=frontcover&vq=boca&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=boca&f=false
 23. Raulin J. Instrucciones succintas sobre los partos para la utilidad de las comadres ... en la Imprenta de la Viuda de Joseph Fort .1777 Libros Google [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=XA5fx5lxEzgc&printsec=frontcover&dq=comadres&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=comadres&f=false
 24. De Navas J. Elementos del arte de partear. Imprenta Real, 1795. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=jDhPSJ4OUKoC&printsec=frontcover&dq=Juan+de+Navas&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Juan%20de%20Navas&f=false
 25. Piferrer T. Compendio del arte de partear para uso de los Reales Colegios de Cirugía. 1765. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=PvnRgnxrGy0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
 26. Petit P. Questiones generales sobre el modo de partear y cuidar a las mugeres que estan embarazadas o paridas... en la imprenta de Angel Pascual Rubio, 1800. Libros Google: [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=LPUUE0HOHVOC&dq=cuestiones+generales+obre+el+modo+de+partear&hl=es&source=gbs_navlinks_s
 27. Rosain D. Exámen y cartilla de parteras teorico practica. La Habana.1824. Biblioteca Digital Hispánica. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000116511&page=1>
 28. Lerner G. La creación del patriarcado. Barcelona: Editorial Crítica; 1990.
 29. Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos. Archivo Histórico Nacional. Matrículas (1795-1843). Listas de alumnos admisibles a examen (1789-1800) Exámenes de cirujanos, sangradores, matronas y dentistas (1789-1800). [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/description/4428081>
 30. Carlos III Rey. Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo en que se aprueban y mandan observar las Ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título San Carlos. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://repositorio.bde.es/handle/123456789/4000>
 31. Ruiz-Berdún D. Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845. Matronas Hoy [internet] 2020 [citado 10 jul 2021]; 8(2):7-19. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/187/las-matronas-pioneras-en-la-universidad-desde-1845/>
 32. Delacoux A. Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines. Paris: Trinquant; 1834. BIU Santé (Paris). Disponible en: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?23846>
 33. Chervin. Arthur Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole. Soc. d'édit. scientifique, 1901. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&id=zagwAQAAMAAJ&dq=B%C3%A9gaiement+et+autres+maladies+fonctionnelles+de+la+parole.&focus=searchwithinvolume&q=barbier>
 34. Variot G. La Clinique infantile: journal de médecine de l'enfance.1905. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&id=4KhSh->

zaXgmwC&dq=Variot++Gaston+.La+Clinique+infantile%3A+journal+de+m%C3%A9decine+de+l%27enfance.1905&focus=se-archwithinvolume&q=barbie

35. Charuty G. Folie, Mariage et Mort. Pratiques chrétiennes de la folie en Europe occidentale. Seuil. 1997.
36. Bourgeois L. Observations diverses sur la stérilité, perte de fructs, foecundité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz amplement traittées heureusement praticquées. 2, Observations de Louise Bourgeois ditte Boursier sage femme de ma Royne. 1617. BNF. Gallica. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57405h/f69.item#e>
37. Gélis J. Louise Bourgeois (1563-1636) Une sage-femme entre deux mondes. Histoire Des Sciences Médicales. [internet] 2009. Tome XLIII. n° 1 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2009x043x001/HSMx2009x043x001x0027.pdf>
38. Velpeau AALM. Nuevos elementos de medicina operatoria Libreria de Feros, 1834. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=OdNL2uljoVcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
39. Smellie. A treatise on the threoy and practice of midwifery (1852). Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://play.google.com/books/reader?id=UvM3QAAMA-AJ&pg=GBS.PA446&hl=es>
40. Butling H. Maladies de la langue .1889. BNF. Gallica. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5512575j/f4.item#>
41. Petit Jean Louis. Traité des maladies des os. Chez P. G. Cavalier. 1772.
42. Bouchut E. Tratado práctico de las enfermedades de los recién nacidos, de los niños de... Carlos Bailly-Bailliere,1878. Libros Google. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=87rK9xeC7vJC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
43. Tratado de enfermedades esternas y de las operaciones que exigen. Volumen 4. Imprenta Vda. de Jordán é Hijos. 1844.
44. Didirkova I. Parole, langues et disfluences: une étude linguistique et phonétique du bégaiement. Linguistique. Université Paul Valéry. Montpellier III [internet] 2016 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01469796/document>
45. Goldberg B. Historic Treatments for Stuttering: From Pebbles to Psychoanalysis. ASHA magazine, June-July 1989. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://www.mnsu.edu/com-dis/kuster/history/bgoldberg.html>
46. Chervin A. Tartamudez y otros defectos de pronunciación. Paris: Société d'Éditions Scientifiques; 1896. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/49072>
47. Hoegaerts, J. "Is it a habit or is it a disease?": The changing social meaning of stammering in nineteenth-century Western Europe. *Terrains & travaux*, 2013; Doi: 23:17-37. <https://doi.org/10.3917/tt.023.0017>
48. Scultet J. L'arcenal de chirurgie de Jean Scultet, medecin.....1712. Biblioteca Nacionalde Francia (BNF). Gallica. [internet] [citado 10 jul 2021]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1042779p.image>

Próximas convocatorias de Expertos con Acreditación ECTS



Experto en Infectología aplicada a los cuidados de Enfermería

- Modalidad: online
- Duración: 500 horas



Experto en Gestión de Servicios de Salud en Enfermería

- Modalidad: online
- Duración: 650 horas



Experto en Nutrición y Dietética para Enfermería

- Modalidad: online
- Duración: 650 horas

Fechas de inicio desde el 07/09/21

ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Marketing y Matronas. Campaña Ponga una matrona en su vida. Tu salud es lo nuestro (2004)

Actualmente hablar de campañas de Marketing es algo a lo que nos hemos venido acostumbrado, y con más énfasis desde que nos hemos introducido de lleno en la era digital. Para los profanos es difícil distinguir entre publicidad y marketing, quizá la diferenciación más sencilla sería decir que la publicidad es el pilar fundamental del marketing. Todos sabemos que tras una campaña de marketing se esconde un variado abanico de estrategias con la finalidad de dar a conocer los productos o servicios que se pueden ofrecer, creando y mejorando la acogida del producto (o servicio) dentro del mercado en el que están o se intentan introducir. El marketing, de hecho, se ha convertido en una disciplina cuyo fundamento es estudiar de un lado el comportamiento de los mercados al unísono del de los consumidores y su objetivo es no solo captar nuevos clientes, sino algo que dé continuidad a esta acción: la de mantener y fidelizar a los mismos.

Es probable que el marketing sea tan antiguo como la misma civilización, en principio circunscrito a actividades comerciales: existiendo producto, era necesario darle salida y obtener un lucro en la transacción, que sería mayor cuanto mejor llegara a los potenciales consumidores. Desde entonces las "primitivas técnicas" de lo que hoy conocemos como marketing han evolucionado a medida que el mercado ha variado en un intento constante de adaptarse a los hábitos y tendencias de consumo cambiantes, a la creciente competencia y a los nuevos canales de comunicación que van surgiendo. Somos testigos de campañas de todo tipo: desde las políticas, pasando por las de hábitos saludables, de seguridad vial, etc. Lo cierto es que estamos en el primer cuarto del siglo XXI y hoy vamos a hablar de campañas particulares porque no vendían un producto, sino la imagen y los servicios acreditados de profesionales: las matronas. Y es cierto que en este mo-

mento no sorprende, pero en la década de los 80-90 del pasado siglo, en que la Asociación Española de Matronas decidió que era necesario publicitar la imagen de la matrona, fue tan sorpresivo como novedoso.

Hasta llegar a la campaña que hoy particularmente comentaremos hubo algunas otras como la Campaña del Gorrito (1987), en la que la AEM utilizó este simpático y práctico regalo, junto con una cartilla para el recién nacido, como campaña de marketing, acción que tuvo la doble vertiente de informar a los padres de una medida innovadora en aquellos momentos en las maternidades del país para evitar la bajada de temperatura a través del pelo y, además, prestigiar la imagen y los servicios de la matrona. Más extensamente está descrita esta campaña en el N° 18 (2018) de esta revista.

En 1993 la Asociación Nacional de Matronas (denominación en aquellas fechas) fue consciente de que la imagen de la matrona se estaba diluyendo en el imaginario colectivo por la institucionalización de los cuidados y previendo la entrada de nuevos agentes sanitarios que potencialmente decidieran ejercer actuaciones en el ámbito competencial de las matronas (como así ha sido, por cierto). Esto reforzó su idea de la necesidad de estar más cerca de la sociedad, hacerse conocer mejor y prestigiarse ante ella, por lo que inició una campaña de imagen basada en una importante actividad informativa en determinados medios de comunicación. En esta, informaba ampliamente del perfil profesional de las matronas, aspecto que la sociedad era evidente que desconocía, confundiéndonos con enfermeras o asignándonos papeles de ayudantes de otros profesionales.

Apenas dos años después (1995), le siguió la campaña de identificación de la matrona, convencida la AEM de la necesidad de que la matrona en el entorno sanitario fuera

identificada, respondiendo a un derecho de los usuarios y a un deber de los profesionales. Por eso, diseñó una chapa, regalo para las matronas, a fin de que la portaran en lugar visible de su uniforme, afirmando su identidad profesional ante el público y el resto de profesionales sanitarios. Desde este mismo año se mantiene la publicación de "Los Consejos de tu Matrona" (el regalo de tu matrona) que por su pertinencia, duración y los millones de mujeres que han accedido a esta publicación no cabe duda que es el icono de la AEM y por extensión de todas las matronas. De esta campaña hay cumplida información en esta revista Nº 2 (septiembre 2015).

Llegamos al año 2004, en el que la AEM se propuso lanzar un nuevo Plan de marketing o campaña de imagen cuyos objetivos invariablemente eran el conocimiento, el fortalecimiento y la promoción de la imagen de la matrona dentro de la sociedad, presentando el perfil positivo de estos profesionales de alto nivel y sólida formación que de manera clara y eficaz pueden responder a las exigencias sociales en materia sanitaria dentro de su campo de actuación: la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de toda su vida.

Marzo de 2004 fue la fecha de lanzamiento de aquella campaña, cuyo soporte divulgativo fue la edición de un tríptico, disponible en 5.000 farmacias de toda España, con una información clara y precisa sobre la figura de la matrona y

múltiples objetos como regalo a las matronas, serigrafiados con el eslogan de la campaña: "Ponga una matrona en su vida", que se distribuyeron de un extremo a otro de la geografía española. Sin duda el eslogan ha sido y es una buena herramienta de marketing y de comunicación hasta tal punto que, incluso ignorando los derechos de propiedad intelectual de la AEM sobre él, 17 años después del lanzamiento de esta campaña nos hemos encontrado con la utilización (sin la autorización necesaria) del lema por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) en su página principal que incluye un: "Pon una matrona en tu vida". En fin, como alguien dijo: "si te copian será porque algo estás haciendo bien, además, son las ideas las que se roban, el talento jamás".

Esta campaña fue presentada como una de las acciones de la AEM del trienio 2003-2005 en el Congreso Mundial de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), en Brisbane (Australia), donde recibió el aplauso internacional de manos de la directora de la ICM, Dra. Joyce Thompson que destacó en el plenario, ante más de 4.000 matronas de todo el mundo, esta iniciativa de la Asociación Española de Matronas.

Algunas otras asociaciones de matronas, mucho tiempo después a esta acción de la AEM, han hablado de esta necesidad de dar a conocer la profesión entre la población que adelantó como un futurible la Asociación Española de Matronas y han elaborado folletos con esta misma idea, que ya no es original y propia, aunque comprensiblemente tiene su valor, a pesar del menor impacto al circunscribirse al ámbito local, no nacional como fue la campaña realizada por la AEM.

Por supuesto que el mayor valor de la profesión es el trabajo bien realizado de cada uno de sus componentes en el día a día, pero en un mundo tan competitivo en el que el intrusismo está además a la orden del día como bien conocemos las matronas, seguirá siendo necesario informar a la población de quiénes somos y de toda nuestra oferta de servicios para atender a las mujeres que ya nos conocen, captar a las nuevas que nos desconocen y fidelizar a todas ellas. Las matronas sabemos que encarnamos los recursos humanos idóneos por nuestra formación específica y competencias técnicas adquiridas para la gestión y atención preventiva y asistencial de los problemas y procesos de salud sexual y reproductiva de la mujer, pero eso es importante que lo recuerden las Administraciones sanitarias y lo conozcan las mujeres para que soliciten nuestros servicios... ¡y esta labor no está concluida!



La Dra. Joyce Thompson, Directora de la I.C.M., felicita a la Asociación Española de Matronas por su campaña "Ponga una matrona en su vida".
27th Congress ICM, Brisbane, Australia 2005.

Entrevista a Teresa Cabrera Sanz, una matrona promotora y partícipe del cambio en la obstetricia moderna



Teresa es matrona desde hace más de 40 años, una investigadora incansable, entregada a su profesión y que el destino quiso que fuera partícipe de los inicios del cambio en la obstetricia moderna de la segunda mitad del siglo XX. Una matrona que supo aceptar el reto de iniciar un proyecto pionero que se transmitió al resto de España. Puede que a muchos sorprenda que algunas de las prácticas obstétricas actuales de humanización se iniciaran hace 40 años.

Pregunta. Hola, Teresa, en primer lugar agradecerte que hayas aceptado concederme esta entrevista, para mí es un orgullo, no solo ser amiga tuya sino, además, conocer personalmente a una de las matronas que más admiro dentro de esta profesión y que las jóvenes generaciones desconocen. Quizá muchas compañeras no sepan de tus inicios como enfermera en un área de la obstetricia como es la fisiopatología fetal, cuéntenos ¿qué significó para ti el trabajo en una Unidad de Fisiopatología Fetal allá por los años 70?

Respuesta. Hola, Maribel, muchas gracias por tus palabras de amistad y reconocimiento profesional, vuestra generosidad al hacerme esta entrevista me ha llevado a recordar y valorar en su conjunto el camino que he recorrido como enfermera y dentro de la enfermería como matrona, al hacerlo todo lo vivido tiene unidad y cobra sentido.

Contra todo pronóstico acabé estudiando enfermería cuando mi intención era hacer químicas. Pero desde el primer día en que inicié mis estudios de enfermera supe que era la profesión a la que quería dedicar mi vida. Dentro de mi formación como

enfermera dos rotaciones llamaron especialmente mi atención: la Unidad de Paraplégicos en la Ciudad Universitaria de Madrid y el Servicio de Fisiopatología Fetal en la Maternidad del Hospital La Paz de Madrid, inclinándome por este último para iniciar mi carrera.

Mi incorporación como enfermera al servicio de Fisiopatología Fetal fue en el año 68. La Maternidad de La Paz se inaugura en el año 1965 coincidiendo con el desplazamiento de la mayoría de los partos domiciliarios a las maternidades en la década de los años 60 en España, este hecho dio un impulso al desarrollo de la Obstetricia. Antes de su inauguración dos descubrimientos científicos originales habían tenido lugar en el ámbito internacional que van a tener un papel decisivo en la Medicina Perinatal.

Por una parte, el profesor Caldeyro Barcia y colaboradores realizan en 1947, dentro del Servicio de Fisiología Obstétrica de Montevideo, los primeros registros de la presión amniótica,



Teresa Cabrera y parte del equipo de Fisiopatología Fetal
Hospital 12 de Octubre

analizando y definiendo la contractilidad uterina en el embarazo y parto, así como la fisiología normal y patológica de la misma. En 1958 presentan un estudio de la hipoxia fetal mediante registro continuo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y a partir de esta fecha utilizaron los dos métodos de forma simultánea, pudiendo describir los efectos de las contracciones uterinas sobre la FCF. Estos dos hallazgos dieron origen a los "cardiotocogramas" (CTG) empleados desde entonces para valorar el estado fetal y la evolución del parto. De forma simultánea, el Dr. Edwart Hon y colaboradores en la Universidad de Yale, EE.UU., confirman estos resultados y en 1963 Hon diseña el "electrodo para registro continuo de la FCF interna". En 1968, Bishop incorpora el "doppler" al ultrasonido para el registro de FCF por métodos no invasivos. En 1963, Pose presenta registros continuos y simultáneos de FCF y dinámica uterina para ver la repercusión de la dinámica sobre la FCF.



Pionera monitorización electrocardiotocografica

El segundo avance científico que impulsó radicalmente el desarrollo de la medicina obstétrica fue la introducción de la "ecografía", considerada en la actualidad un examen indispensable. Su historia se remonta a 1794 con el descubrimiento de los ultrasonidos por el biólogo Lazzaro Spallanzani en su observación de los murciélagos, pero es en 1957 cuando el Dr. Ian Donald inicia sus estudios obstétricos a partir de los ecos provenientes del cráneo fetal, y en 1960 se dispone del primer aparato unidimensional de ecografías para el embarazo, al que siguió el bidimensional y la escala de grises.

En 1962, Saling aporta el "amnioscopio", así como el método que hace posible la obtención de micromuestras de sangre fetal para la determinación del equilibrio ácido-base fetal ("gasometría fetal intraparto de calota fetal") durante el trabajo de parto, a través del cual vamos a poder valorar el estado fetal intraútero.

Todos estos avances científicos dan lugar a la creación de los servicios de Fisiopatología Fetal por el que cambia el concepto del feto, pasando de ser el objeto del parto a ser estudiada

la salud o enfermedad del mismo durante todo el proceso completo. Trabajar en el Servicio de Fisiopatología Fetal dirigido por el Dr. Pedro de la Fuente supuso para mí entrar en contacto con todo ello desde sus inicios, vivir la evolución, los cambios, la consolidación de los mismos y su repercusión sobre la salud materno-fetal. Para mí, incorporarme a un servicio que trabajaba en equipo y en el que se integraban en la práctica la asistencia, la docencia y la investigación, aunque en ese momento no fuera consciente, fue donde se formaron las bases de mi modo de entender la profesión.

P: Y dime, Teresa, ¿cómo supiste que necesitabas ser matrona? ¿Qué podía aportar esto a tu trabajo en la Unidad de Fisiopatología Fetal? Según he leído estuviste hasta los inicios de los 80.

R: Me di cuenta que para seguir trabajando en ese servicio me era imprescindible aumentar mis conocimientos obstétricos-ginecológicos, tanto teóricos como prácticos, y obtener el título de matrona. La especialización que hice en 1974 aumentó mi respeto y admiración por nuestra profesión. En Cruz Roja, donde obtuve el título, conocí excelentes y estrictas matronas asistenciales. Al incorporarme a mi servicio como matrona pude integrar lo aprendido en ese año con los conocimientos en fisiopatología fetal que tenía y que siguieron aumentando en los años siguientes con el trabajo asistencial y la participación como parte del equipo en los trabajos de investigación que se realizaron esos años; alguno de ellos fueron: *La frecuencia cardiaca fetal intraparto* (Tesis doctoral del Dr. Díaz Castellanos), *Alteración de la homeostasis fetal* (Tesis doctoral del Dr. González), *Atlas de ecografía obstétrica* (Ediciones Toray, Prof. Pedro de la Fuente y Dr. Olaizola año 1983).

P: Tengo entendido que el gran reto surge cuando te marchas a un hospital como el 12 de Octubre de Madrid, con el equipo del Dr. de La Fuente, para iniciar un proyecto pionero en España. ¿Qué supuso formar parte de este equipo? ¿Por qué fue tan importante? En esa época eras supervisora del área funcional. Cuéntanos en qué consistía este proyecto.

R: Bueno, primero aclarar que antes de llamarse así se inauguró como "Ciudad Sanitaria 1º de Octubre" en 1973 y que el Ma-



Miembros del equipo de Fisiopatología Fetal H. 12 de Octubre: Teresa Cabrera junto con el Dr. E. Iglesias (izq.) y el Dr. A. González (dcha.)

terno-Infantil del Hospital 1º de Octubre se inaugura en mayo de 1980, en aquel momento el mayor de Europa, donde se atendían más de 8.000 partos anuales y que se convierte en referencia obligada de toda la red sanitaria española, siendo a finales de esa década cuando cambia el nombre a 12 de Octubre. El máximo responsable como Jefe de Departamento del mismo fue el Profesor Pedro de la Fuente, el cual planificó, junto con su equipo, la forma de asistencia obstétrica, coordinando a todos los profesionales que en aquel momento formábamos el equipo de Medicina Perinatal. Yo llevaba trabajando en fisiopatología 11 años y confiando en mi trayectoria dentro del servicio me hacen la propuesta de participar en ese proyecto como jefa de matronas, cargo que más tarde pasó a llamarse "Supervisora de Área Funcional". Cuando se inauguró el hospital 1º de Octubre ya habían transcurrido décadas de asistencia al parto en los hospitales y en este tiempo se habían seguido publicando trabajos por obstetras y pediatras destacando aspectos importantes del parto que, como proceso biológico y acontecimiento familiar, deben de ser preservados en el medio hospitalario. Igualmente no habían dejado de aparecer publicaciones sobre la importancia del control fetal durante el parto considerando que es, sin duda, la etapa más arriesgada dentro de la vida de una persona (feto-niño-adulto).

Al plantearse la forma de asistencia al parto en el departamento de un hospital nuevo se optó, bajo la dirección del Prof. de la Fuente, por la filosofía que creemos fue, y sigue siendo, importante porque se generalizó no solo en España, sino fuera de España. Esta filosofía de trabajo fue humanizar el parto en el medio hospitalario sin renunciar a las ventajas de los avances científicos que hacían el parto más seguro, aunque para ello se adoptaron muchas medidas. La arquitectura del paritorio se diseñó con dilataciones individuales preservando la intimidad del nacimiento y se permitió, por primera vez en España, la presencia y acompañamiento del padre durante la dilatación y parto, que más tarde se fue extendiendo a todas las unidades del país.

Otro aspecto de gran importancia fue planificar una plantilla de matronas que les permitiese, además de controlar y asistir el parto, acompañar y apoyar a la mujer, así como facilitar la integración del padre durante todo el proceso del parto, siendo la misma matrona la que hacía el seguimiento de la dilatación, asistencia al periodo expulsivo y control de la dos horas de puerperio inmediato. El que la mujer deambulara durante la dilatación se inspiró en los trabajos de Caldeyro Barcia y por primera vez en España se utilizó la telemetría que permitía el control de la frecuencia cardiaca (FCF) y la actividad uterina sin la necesidad de que la mujer de parto estuviera encamada. Se incorporan los pujos reflejos o espontáneos frente al pujo dirigido, basado en los trabajos presentados por Day y colaboradores (1964) sobre el efecto del tipo de pujos sobre la FCF en el expulsivo y se tienen en cuenta las publicaciones de Melchior, que jerarquiza la importancia del periodo expulsivo considerándolo el de mayor riesgo para el feto y es-

tablece cinco patrones de FCF durante el mismo (1972). En el mismo paritorio, una vez valorado el estado del recién nacido por el servicio de neonatología, se iniciaba el contacto piel con piel (CPP) y la lactancia precoz teniendo presentes los trabajos de Marshall Klaus y John Kennell (1972) sobre el apego y creación del vínculo.



Dilatación en deambulación.
Hospital 12 de Octubre, década de los 80

Las matronas que se incorporaron al Hospital 1º de Octubre en el momento de su inauguración y en los primeros años tuvieron una importancia decisiva en el éxito de este proyecto. Junto con el Dr. Hernández García, Jefe de Servicio, Dr. Martínez, Dr. Garrido y el Dr. Castillo, formamos un equipo valorado y respetado dentro y fuera de nuestro hospital, realizando una labor asistencial, docente y de investigación. Entre el año 1981 y el año 2000, las matronas publicamos trabajos en revista nacionales y extranjeras sobre técnicas de monitorización interna, expulsivo de pie, deambulación durante el trabajo de parto, lactancia materna, llanto como síntoma de stress (discomfort) en el recién nacido en ausencia del contacto piel con piel en las dos horas siguientes al parto, control de temperatura en el recién nacido relacionado con el tipo de parto y la separación madre hijo, anestesia epidural y su repercusiones sobre el parto, acompañamiento en el parto, ocupación del tiempo de la matrona. El Prof. Pedro de la Fuente, como Jefe de Departamento y máximo responsable, siempre demostró en el trato diario y en los congresos, su respeto, orientación y ayuda en las iniciativas de investigación que tuvimos y llevamos a cabo las matronas en ese momento y, por supuesto, por nuestra labor asistencial. Para mí, formar parte de este equipo como jefa de matronas y trabajar desde los inicios en este proyecto, fue muy gratificante desde el punto de vista profesional y personal.

P: Presenciaste y participaste en los inicios de la ecografía, de la analgesia epidural, la movilidad durante la dilatación, el contacto piel con piel, y tantas y tantas cosas en los primeros años 80 y que hoy vemos reflejadas en la Es-



Contacto piel con piel y lactancia precoz en paritorio.
Hospital 12 de Octubre, década de los 80

trategia de Atención al Parto Normal (EAPN); sin embargo, muchas compañeras y compañeros piensan que es a partir del 2007 cuando se inicia, pero como tú muy bien nos acabas de relatar todo ello se inicia en los 80 con el proyecto del Hospital 1º de Octubre (12 de Octubre). ¿A qué crees que es debido que este modelo se plasmará en la EAPN 25 años después?

R: Sí, 25 años después de la inauguración de nuestro hospital y 10 años después de incorporar la anestesia epidural. En el año 2005, desde el Observatorio de Salud de las mujeres, dependiente del Ministerio de Sanidad, se inició el proceso de EAPN debido a la existencia de una gran variabilidad en las prácticas clínicas que se realizaban, y la existencia de un debate público alrededor de la asistencia al mismo. El objetivo general del proceso de la EAPN fue la búsqueda del consenso en la forma de asistencia al parto en el SNS marcando unos indicadores asistenciales basados en la evidencia científica y la participación informada de las mujeres. La lectura de estos indicadores de prácticas clínicas en la EAPN contemplan aspectos muy importantes ya presentes en la forma de asistir el parto en el año 1980 en el Hospital 12 de Octubre, como el acompañamiento durante el proceso de parto, la deambulación y libertad de movimientos durante el periodo de dilatación, una monitorización y control del bienestar fetal, minimizar el uso de oxitocina, no utilizar analgesia de forma rutinaria, permitir distintas posturas en el periodo expulsivo, minimizar el parto vaginal instrumental y las cesáreas, el contacto piel con piel madre-hijo en el momento del parto y el inicio de la lactancia materna en el postparto inmediato. Es muy posible, por no decir seguro, que todas estas prácticas clínicas en la forma de asistir al parto que se planificaron en el Hospital 12 de Octubre, con dos objetivos fundamentales: el de preservar y promover la salud madre-hijo y el de humanizar la atención al parto, hubieran acabado incorporándose, pero pienso que nuestro hospital tuvo un papel pionero y muy importante en que así fuera.

Me preguntas, Maribel, por qué sucede 25 años después de la inauguración de nuestro hospital y varios fueron los motivos según mi criterio; por un lado, la incorporación de la analgesia epidural como método de control del dolor de la mujer en el parto, lo que supuso grandes cambios en el proceso y forma de asistencia al mismo; por otro lado, la inquietud de los profesionales interesados en unificar los criterios de cada una de las intervenciones que se realizaban en ese momento, y por supuesto, las demandas de las mujeres. Todo esto junto fueron factores predisponentes que propiciaron el momento adecuado para que surgiera la EAPN.

P: Teresa, te he presentado como una investigadora incansable, con un montón de trabajos publicados y muchísima participación en congresos, jornadas, simposiums, incluso estando ya en el 12 de Octubre organizabais jornadas propias de ámbito nacional, pero, dime, ¿qué ha supuesto para ti la investigación en tu desarrollo profesional? ¿Y los premios recibidos?

R: Investigar supone aportar más conocimientos a la profesión e innovar sobre una base científica. La investigación, en mi experiencia, no la realiza un solo profesional, sino grupos de profesionales de un equipo que necesitan el apoyo de todos. Es importante hacer una digresión, es decir, para poder investigar dentro de un equipo es necesario un ambiente de trabajo favorable y que se den unas condiciones laborales en las que la plantilla se sienta bien e integrada. En nuestro Hospital 12 de Octubre, durante los 16 primeros años, conseguimos crear las condiciones óptimas dentro del equipo de medicina perinatal para poder investigar. Las comunicaciones a congresos y las publicaciones basadas en las investigaciones sobre nuestra práctica asistencial y los premios recibidos, fomentaron nuestra autoestima y el interés por continuar haciéndolo. Los congresos que organizamos desde el Departamento de Obstetricia del Hospital 12 de Octubre, donde los/las ponentes eran matronas, obstetras, neonatólogos, anestesiistas y que



Grupo de trabajo H. 12 de Octubre, participante en un congreso

se celebraron en distintas ciudades españolas, sirvieron para unirnos, conocernos y compartir con equipos de otros hospitales. De esta época data el inicio de mi relación profesional de respeto y amistad, que fue fraguándose con el trato y el tiempo, con María Ángeles Rodríguez Rozalén, en aquel momento presidenta de la única asociación científica de matronas de ámbito nacional, la Asociación Nacional de Matronas, renombrada posteriormente Asociación Española de Matronas. Los ocho cursos que organizamos desde el hospital entre los años 91/98 fueron en colaboración con la Asociación Española de Matronas (AEM), que ella dirigía, y en muchas ocasiones contó con mi presencia en otros congresos organizados desde la asociación para difundir los trabajos realizados en el hospital. Esta entrevista me brinda la ocasión de agradecerle la confianza y el apoyo dado a mi persona.

P: Además de investigadora y gestora también has sido profesora en la universidad, se podría decir que has desarrollado las cuatro funciones profesionales de la matrona, no te voy a poner en la diatriba de elegir, pero seguro que alguno ha marcado más tu trayectoria. ¿Podrías decirnos qué te ha aportado cada una de las diferentes facetas?

R: Vamos a dejar la investigación ya comentada en la pregunta anterior, ciertamente no podría elegir, aunque si la vida no me hubiera situado en el lugar donde tuve que decidir si lideraba como matrona el proyecto del Hospital 12 de Octubre, creo que hubiera sido una buena enfermera o una buena matrona asistencial. He tenido la suerte de haber trabajado en una profesión que he querido y respetado, y las mujeres a las que he prestado mi atención asistencial, en cualquiera de los ámbitos de nuestra profesión, me han compensado con creces por los resultados obtenidos en términos de salud y de trato humano. La docencia implica estudiar y profundizar en los temas que vas a impartir, lo que te ayuda a aprender y mantenerte al día. La docencia, como profesor asociado en la Universidad Complutense de Madrid, ha supuesto el contacto con los alumnos que aprenden de nuestra experiencia y conocimientos siendo una gran responsabilidad que he intentado hacer desde la ética y el esfuerzo, y me ha aportado el conocer la universidad como parte integrante de la misma. La docencia postgrado me ha mantenido en contacto con profesionales de toda España manteniendo un trato enriquecedor. En la actividad docente también mantienes el contacto con otros profesores que te ayudan a completar tus conocimientos, una persona que ha sido importante para mí en este ámbito es Maite del Hierro, con una gran trayectoria docente dentro de la universidad. He dejado como última faceta la gestión dentro de un gran hospital del sistema público de salud a la que he dedicado 27 años de mi carrera y es en la que más me cuesta definir lo que me ha aportado por su complejidad y su variación a lo largo de tantos años. Sí podría decir que mi resumen final es que he aprendido que se necesita mucha fortaleza y equilibrio para la soledad del cargo, se necesitan todos los conocimientos, profesionales y humanos, para liderar

un proyecto que gestiona personal, recursos y cuidados en coordinación con otros servicios, Dirección y equipo de Medicina Perinatal y que no hay que perder el ánimo porque a pesar de todo ello, no siempre consigues el objetivo perseguido. Creo que en conjunto con el resto de facetas que comportan mi vida lo importante es que todo ello me ha ayudado a ser la persona que soy.

P: Por supuesto, no me cabe la menor duda, Teresa, pero además de docente, he tenido la oportunidad de conocer toda la formación que tienes como discente, ¿crees que es muy importante la formación continua a lo largo de la vida profesional? ¿Qué opinas de las o los que piensan que a la "vejez" ya no hay mucho que aprender o que ya no te van a enseñar nada después de "x" años trabajando?

R: Es imprescindible el conocimiento que emana de la práctica y las investigaciones de otros profesionales, esto nos ayuda a estar actualizados y a adaptar nuestra práctica a las nuevas perspectivas que aparecen en la Obstetricia y la Ginecología. La asistencia a cursos y congresos, la lectura de publicaciones científicas, nos abren continuamente una ventana al desarrollo de nuestra profesión.

P: Bueno, me ha sorprendido tu estancia en Suecia, ¿formaba parte de algún proyecto?

R: En el año 1994 tuve la suerte de poder realizar una estancia en el *Department of International Health Care Research (IHCAR) Karolinska Institutet*, Suecia. Fue una experiencia muy interesante ver cómo estaba planificada la asistencia en ese país. Ya en el año 1994 tenía dos zonas asistenciales, la clasificación se hacía al ingreso, las mujeres sin factores de riesgo y que no deseaban anestesia epidural pasaban a un área donde eran asistidas solo por matronas y donde contaban con polibanos, cardiotocógrafos con telemetría que podía sumergirse, pelotas y otros recursos para control del dolor, esto, unido a la elección de la madre, daba muy buenos resultados. Por supuesto si surgía alguna complicación o la mujer quería la epidural a lo largo del parto, pasaba a ser asistida en el área más medicalizada.

Esta estancia formó parte de una serie de trabajos de investigación realizados por los servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital 12 de Octubre en colaboración con este departamento. En estos trabajos participamos matronas de nuestro hospital, especialmente Lourdes Moreno y yo. Los proyectos de los trabajos de investigación se diseñaron en el departamento de enfermería dedicado a la investigación en el Instituto Karolinska y la propuesta de investigación conjunta la presentaron a nuestro hospital por la forma de asistencia que realizábamos y que permitía llevarlos a cabo. De este modo se hicieron tres trabajos, dos de ellos publicados en *Acta Paediat Scandinava* en los años 1993 y 1995. Uno de ellos sobre control de temperatura en el recién nacido dependiendo del tipo de parto y el otro sobre el llanto en recién

nacido que no se mantiene en contacto piel con piel con la madre durante las dos horas del postparto inmediato, considerando el llanto un signo de falta de confort y stress. Realizamos otro trabajo no publicado sobre comportamientos del padre en el postparto. El motivo de mi estancia fue conocer formas de asistencia en el Karolinska y fundamentalmente visualizar videos que permitieran estudiar las diferencias de comportamientos de los padres teniendo en cuenta el país.

P: Teresa, sé que los últimos años en activo los pasaste en un centro de salud como matrona de Atención Primaria. Después de venir de un hospital tan imponente como es el 12 de Octubre haciendo lo que hacías, ¿qué significó para ti este cambio?

R: Cuando me incorporé a Atención Primaria (AP) lo primero que pensé es que no iba a saber trabajar allí, a pesar de haber estado en contacto teórico con el trabajo que realiza la matrona en la misma y haber escuchado en congresos a matronas con mucha experiencia y conocimientos. Para mi introducción en Atención Primaria, en el primer choque, fue muy generosa y acogedora Estrella Castellote, nunca he olvidado la sensibilidad con la que me recibió, pero enseguida me di cuenta de la gran cantidad de conocimientos que yo había adquirido en el 12 de Octubre y que mi experiencia como gestora me ayudaría a gestionar mis tiempos y a solicitar recursos a la Dirección. A pesar de ello, o además de esto, tuve que actualizarme asistiendo a seminarios sobre temas de vanguardia en lactancia materna, anticoncepción hormonal para matronas, asistencia a mujeres que sufren violencia de género y un sinfín de temas. El trato profesional con los médicos, enfermeras y administrativos de la Atención Primaria fue otro punto de satisfacción importante. Con todo ello mis cinco años de trabajo asistenciales en AP fue todo un descubrimiento, comprobé la importancia y la repercusión del trabajo de las matronas en este área sobre la salud de la mujer a lo largo de todo su ciclo reproductivo, el núcleo familiar, el bienestar del feto intraútero y del recién nacido. Todo ello se unió a mi favor para poder trabajar como una más sin la responsabilidad y las preocupaciones de la gestión. Estos cinco años de trabajo en AP fue el último regalo de mi profesión que me permitió, a la vez, conocer el único servicio asistencial en el que nunca había trabajado.

P: Y respecto a lo anterior, tengo una pregunta que inquieta a algunas de nuestras lectoras, ¿cómo ves el futuro de la matrona en Atención Primaria? ¿Crees que está en riesgo ese puesto? ¿Cuál sería el consejo o recomendación que transmitirías a las compañeras y compañeros que hoy están en ese ámbito?

R: Mi experiencia de matrona en AP me hizo ver, como he descrito en la pregunta anterior, algo que quizás desde el hospital no veía con claridad, y es que la matrona es un profesional fundamental en esta área, tan importante que no debería ser personal de apoyo sino estar integrada en todos los centros. Pero también vi claro que hay que trabajar para demostrarlo

cada día con los datos asistenciales, los resultados de nuestras actividades sobre la salud y con el reconocimiento y apoyo de las mujeres y sus parejas. Las competencias de la matrona están escritas y reconocidas, solo hay que trabajar cada día para defenderlas y conseguir las, aunque a veces lo veamos un poco negro no hay que perder el ánimo.

P: Bueno, Teresa, entrando un poco en algo más personal, sabemos que después de la vida profesional, hay más vida, como madre, como abuela... ¿Cómo se disfruta del tiempo cuando una deja de ser matrona?

R: Sorprendentemente el tiempo se ocupa rápido, con lecturas que quedaron relegadas, viajes pospuestos, la incorporación de nuevos miembros a la familia que necesitan la figura comprometida de una abuela... A veces me paro y me pregunto cómo es posible que tuviera tiempo para trabajar. También son años para la reflexión, no me gustaría dar el último paso de forma alocada.

P: Y por último y para ir finalizando, una pregunta que le hago a todos y todas las personas que entrevisto: ¿qué mensaje les darías a las nuevas generaciones de matronas?

R: Que han elegido una profesión preciosa, que se impliquen en la asistencia y la investigación, que sean docentes con las matronas en formación para pasar el legado de los conocimientos y la buena práctica, que comuniquen y compartan lo que investiguen en seminarios y congresos para continuar avanzando. Y que no descarten la gestión y el liderazgo. De-señándoles que disfruten de ser matronas.



Teresa Cabrera, Presidenta XV Congreso Nacional AEM (2012)

Para finalizar, Teresa, sabemos que llevas ya algunos años retirada de la vida activa profesional y desarrollando otra etapa, pero desde la Asociación Española de Matronas queremos agradecerte que durante tu trayectoria profesional hicieses todas las aportaciones para que la profesión de matrona y la actual obstetricia evolucionara en pro de mejorar la salud de tantas mujeres gestantes y sus familias.



Teresa Cabrera, Presidenta del XV Congreso Nacional de Matronas de la AEM en la entrega de Premios

Creo que sinceramente es un lujo poder entrevistar a una persona como tú, que formó parte de esos inicios del cambio y que muchas generaciones desconocen. Sirva esta entrevista como un reconocimiento a las matronas que han hecho historia en nuestra profesión. Te deseamos sigas tan vital y cercana como eres, cualidades que son parte de tu identidad.

Muchas gracias por tu tiempo y entrega y, cómo no, mi agradecimiento personal por toda la generosidad demostrada con la profesión y conmigo, espero haber podido transmitir en esta entrevista la admiración, personal y profesional, que siento por ti al resto de compañeras. ¡Ojalá descubran que los logros de las matronas se obtienen estando comprometidas con la profesión y al pie del cañón!

Maribel Castelló López
Vicepresidente AEM

AGENDA

Congreso trienal de la ICM

30 de mayo – 03 de junio de 2021. Centro de Convenciones Bali Nusa Dua, Bali, Indonesia



La Confederación Internacional de Matronas (ICM) apoya, representa y trabaja para fortalecer las asociaciones profesionales de matronas en todo el mundo. Actualmente hay 143 asociaciones miembros, que representan a 124 países de todos los continentes. ICM está organizado en seis regiones:

- África (anglófona y francófona).
- Américas (América del Norte y el Caribe y América Latina).
- Pacífico oeste.
- Mediterráneo oriental.
- El sudeste de Asia.
- Europa (norte, centro y sur).
- La Asociación Española de matronas (AEM) es miembro de pleno derecho de la ICM que continuó la pertenencia de las matronas españolas iniciada en la fundación de la Confederación por parte del Consejo Nacional de Matronas en 1955; a partir de la disolución del Consejo por orden gubernativa en 1977, la AEM tomó el relevo, aunque por haber perdido el propio colegio profesional fueron expulsadas las matronas españolas, consiguiendo finalmente su regreso en 1981.
- Desde entonces se han venido realizando congresos trienales hasta el pasado 2020 en que las circunstancias mundiales de la pandemia obligaron a suspender el proyecto en Bali.

La Junta de la ICM tomó la decisión de transferir el 32º Congreso Trienal 2021 a formato virtual en el lugar de continuar con el planeado para el Congreso en Bali, de forma presencial. La Junta de la ICM tomó esta decisión después de considerar toda la información disponible sobre el progreso de la pandemia de COVID-19, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno de Indonesia, la Asociación de Matronas de Indonesia, miembros y socios de la ICM. La Junta siguió los mismos principios al decidir posponer el Congreso de 2020 a 2021. Los principios fueron los siguientes: primero, no poner en riesgo a los miembros, socios y organización; segundo, permitir el avance de la ICM; y tercero, aprovechar todas las nuevas oportunidades.

El formato virtual aumentaría el acceso a muchos participantes que de otra manera no podrían asistir a un Congreso Trienal de la ICM debido a los costos de viaje y alojamiento, y debido a las restricciones que algunos pueden tener en cuanto a tomar un permiso en sus trabajos.

La ICM decidió continuar con el concepto de "Junio, Mes de la Matrona" y proseguir con congresos cortos virtuales todos los miércoles de junio de 2021, en el lugar de mantener la agenda planeada, la cual consistía en cinco días consecutivos. Esta nueva agenda tuvo como objetivo aliviar la carga de demasiadas horas y/o días de conferencias virtuales, y permitir mayor flexibilidad en la cotidianidad de los participantes.

Agenda | Congreso trienal de la ICM

El 32º Congreso Trienal Virtual de la ICM finalmente se ha llevado a cabo los días 2, 9, 16, 23 y 30 de junio de 2021. Los días del Congreso Virtual, a su vez, han estado divididos en dos bloques de conferencias virtuales, de cinco horas cada uno; cada bloque -en diferentes zonas horarias- ha facilitado la participación en vivo, y las grabaciones del otro bloque han quedado disponibles para ser vistas retrospectivamente, a demanda de los inscritos.

El congreso en resumen:

- 169 sesiones.
- 5 sesiones plenarias.
- 25 sesiones de socios.
- 24 simposios.
- 23 talleres.
- 97 presentaciones orales y 292 pósters.

El Congreso ha tenido la participación de 2.000 delegados de 109 países. El top-10 de los más representados ha sido: Filipinas con 189 delegados, seguido de Australia (179), EE.UU. (178), U.K. (164), Japón (132), Indonesia (115), India (73), Holanda (64), Nueva Zelanda (59) y Canadá (48).

Es evidente que la participación virtual ha estado por debajo de las expectativas de la ICM, y de la presencia habitual en anteriores congresos, el último de los cuales, el de Toronto, reunió a 4.200 congresistas.

La Oficina Principal de la ICM también informó a la Junta sobre la nueva campaña PUSH, la cual se anunció en la ceremonia de clausura del Congreso Virtual. Esta campaña mundial apoyará a las matronas y los matrones para que exijan el cambio y promuevan la atención sanitaria y los derechos sexuales y reproductivos, aborden los principales obstáculos para el liderazgo de las mujeres en el personal sanitario mundial y cambien las normas de género subyacentes que infravaloran los derechos, las vidas y el trabajo de las mujeres.



Imagen retransmitida para la asistencia virtual de la inauguración del 32 Congreso ICM, Centro de Convenciones Bali Nusa Dua, Bali, Indonesia

Consejo Internacional de la ICM

Al hilo del Congreso, también de forma virtual, se celebraron las reuniones del Consejo divididas según las zonas ICM. Para Europa del Sur, en la que está englobada España, se celebró el 21 de junio y las asociaciones miembro pudimos compartir puntos de vista y participar activamente en el debate de los documentos que se presentaron:

- El Colegio de Nueva Zelanda que solicitó la aprobación de la Declaración de Postura "Igualdad de género e igualdad salarial para las matronas". APROBADA.
- La Royal Dutch Organización de Matronas de Holanda solicitó la aprobación de la Declaración de Postura "Continuidad de la atención dirigida por matronas". APROBADA.

- La Asociación de Matronas Canadienses solicitó la aprobación de la Declaración de Postura "Matronas indígenas y no indígenas". APROBADA.

Así mismo se solicitó aprobación de las actualizaciones de Declaraciones de Postura: "Embarazos planificados y servicios de planificación familiar para mujeres", "Impacto del cambio climático" y "Contratación ética de Matronas".

En otro orden de cosas se trató de la Reforma de Gobierno de la ICM.

La AEM estuvo presente, participando en todas las deliberaciones propuestas por el Board de la ICM.



Imagen de la reunión de los delegados de Europa Sur con la presencia de la AEM. Junio 2021

La AEM solicita a la ANECA el reconocimiento de la formación de profesores que imparten materias teóricas

La AEM se ha dirigido a la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANECA), más concretamente a la Comisión de Evaluación del profesorado (Comisión de especialidades sanitarias B8), para abordar la falta de reconocimiento de la formación de los profesores que imparten materias teóricas durante la formación de las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas).

Actualmente la docencia teórica impartida en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud carece de reconocimiento en docencia en el programa ACADÉMIA de ANECA. Sí se reconoce como mérito complementario en el apartado de docencia, la función que desempeña de tutor de residentes. Ambas figuras son totalmente independientes y a la vez necesarias y complementarias. Tal y como se establece en la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), en su punto 5.2, el 26% del total de formación del programa formativo será de carácter teórico. Del mismo modo se especifica en este punto las materias sobre la que versarán las clases teóricas. En este mismo Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, en su punto 6 se establece la formación práctica. Por lo tanto, es evidente que existe diferencia entre la formación teórica y práctica. Del mismo modo que existe diferencia entre el profesorado responsable de impartir la formación teórica y el tutor que se encarga de la parte de práctica clínica.

En la actualidad se reconoce en el programa ACADÉMIA de ANECA esa tarea de tutor pero no la del profesor que imparte la teoría. Por lo tanto, se produce una discriminación a la labor y mérito de este último, dando lugar a un agravio comparativo.

Por otra parte, la entrada a los programas de doctorado se basa en diferentes vías de acceso, entre las que se encuentra la siguiente:

“Los titulados universitarios que, previa obtención de plaza en formación en la correspondiente prueba de acceso a plazas de formación sanitaria especializada, hayan superado con evaluación positiva al menos dos años de formación de un programa para la obtención del título oficial de alguna de las especialidades en Ciencias de la Salud”

(<https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/10/pdfs/BOE-A-2011-2541.pdf>)

Por lo que no resulta comprensible que se equipare en este sentido a un postgrado oficial, tipo máster oficial, habilitante para el acceso a doctorado, y no se reconozca la labor de los docentes que imparten clase en esos títulos. Reconocimiento que sí se otorga a los profesores de los másteres oficiales.

En diferentes comunidades autónomas los titulares de la Unidades Docentes son la propia universidad e incluso existen convenios de colaboración para la formación de residentes en el programa de especialización sanitaria.

En este sentido, la formación de matronas dentro del ámbito universitario tiene una larga trayectoria en el ámbito europeo, ya que en la mayoría los países miembros de la UE el título de matrona se obtiene por la vía del Grado y no de la especialización. Esto implica que esta misma formación en otros países es reconocida como formación universitaria a todos los efectos, mientras que en España no existe tal reconocimiento a pesar de que reúne todos los elementos de docencia universitaria. De hecho, en España hasta la aprobación del presente programa formativo, la formación de las matronas se realizaba exclusivamente bajo el amparo de los convenios entre las instituciones sanitarias y las universidades, teniendo que estar presente ambas instituciones.

La Asociación Española de Matronas cree que existe un agravio comparativo con el reconocimiento de esta formación con respecto a otros países y con respecto a otros profesores que imparten Docencia de Máster Oficial, puesto que si la realización de una especialidad sanitaria con una duración mínima de dos años permite el acceso a los programas de doctorados, la formación teórica impartida, de obligado cumplimiento durante esta formación como se recoge en el Boletín Oficial del Estado (BOE) debería tener el mismo valor que la docencia de máster oficial a todos los efectos.

Por todos estos motivos la Asociación Española de Matronas solicita que los miembros de la Comisión de Evaluación revisen los criterios de evaluación equiparando la docencia impartida de Matronas a la docencia de Máster Oficial y se reconozca como docencia universitaria.

La AEM se une a la alianza de América Latina y Brasil por la defensa de las matronas de Perú

A iniciativa del congresista Erwin Tito Ortea, del Grupo Parlamentario Fuerza Popular de Perú fue presentado en fechas pasadas el Proyecto de Ley N° 7965/2020-CR, el cual proponía "establecer la denominación adecuada de los profesionales de la salud que brindan atención a la mujer en salud reproductiva y prohíbe la indebida utilización de términos que se prestan a confusión y ponen en riesgo la salud". Una iniciativa legislativa que pretende modificar las denominaciones de "Colegio de Obstetras del Perú" y del término de "obstetra", que corresponde a los profesionales de obstetricia; además de eliminar la Ley N° 23346, que reconoce a la obstetricia como profesión médica.

El Colegio de Obstetras (Matronas) del Perú, institución que representa a más de 39.800 obstetras en el ámbito nacional, expresó su total rechazo ante el nuevo intento de vulnerar los derechos institucionales y laborales de las y los profesionales de obstetricia, poniendo en conocimiento incluso del presidente de la República que la Comisión de Salud y Población no había solicitado al Colegio de Obstetras del Perú, ni a otra institución, una opinión sobre el PL 7965/2020-CR y que estaban incurriendo en irregularidades, considerando que toda iniciativa legislativa debe seguir procedimientos establecidos y no puede utilizar documentación presentada para otro proyecto de ley, aun cuando entre ambas existan coincidencias de planteamiento.



Imágenes de las movilizaciones de las matronas (obstetras) comandadas por el Colegio de Obstetras del Perú

Denunciaban a la vez que el PL N° 7965/2020-CR, al ser presentado por un médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia, a todas luces representaba un conflicto de intereses, disfrazado de una aparente preocupación por la salud de la mujer o de implicaciones negativas en su bienestar.

A la vez rechazaban el predictamen del PL N° 7965/2020-CR, que pretendía, una vez más, dejar sin atención calificada a las mujeres del Perú, basándose no solo en argumentos errados y falacias, sino también desconociendo la formación y las competencias de los profesionales obstetras en la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer en todo su ciclo de vida.

En conclusión, exigían la suspensión de la evaluación y aprobación del predictamen del PL N° 7965/2020-CR, por vulnerar la institucionalidad del Colegio de Obstetras del Perú y una investigación plena del uso del fuero parlamentario para la obtención de beneficios para un grupo de profesionales, en detrimento de otros.

Ante esta grave situación todas las asociaciones de matronas de América Latina se unieron y solicitaron

así mismo el apoyo de la AEM por la estrecha relación que mantenemos con ellas, para personarnos en el caso y dirigir nuestra petición con la fuerza de la unión, a la 2ª autoridad de Perú, la Presidenta del Congreso de la Republica, Dña. Mirta Esther Vásquez Chiquilín. Fue un intento desesperado de ayuda ante esta aberrante propuesta que denota la calculada y mantenida posición hegemónica de supremacía machista, que ha llegado hasta nuestros días, de los médicos (en este caso ginecólogos peruanos).

Parece que la atención de las matronas se está convirtiendo en una "seria amenaza" para los ginecólogos en muchos países y pensamos que por algo será. Cuando atacan a la profesión en cualquier país del mundo, nos atacan a todas y de ahí la solicitud de la AEM con la alianza latinoamericana de matronas que han actuado con determinación, rapidez y fuerza en apoyo de las colegas peruanas.

Finalmente el conflicto ha quedado resuelto (al menos de momento); sin duda la gran labor de las matronas peruanas en defensa de su profesión, el apoyo de la sociedad civil y de otras instituciones ha dado sus frutos.

Manifiesto de la AEM. 14 de julio de 2021. Violencia obstétrica



En Madrid a 14 de julio de 2021

Desde hace una semana, tanto en las Redes Sociales como en la prensa hemos sido conocedoras del impacto que ha tenido las sesiones sobre Salud Sexual y Reproductiva organizada por el Ministerio de Igualdad, con el fin de modificar la Ley 2/ 2010 de Salud Sexual y Reproductiva, en diferentes mesas, pero una espe-

cialmente que ha tenido mayor repercusión, la de Violencia Obstétrica incluida como una de las formas de Violencia de Género.

La Asociación Española de Matronas (AEM) es una asociación científica y profesional, con más de 40 años de trayectoria (desde su creación en 1978) y que reúne a un amplio colectivo de profesionales, enfermeras especialistas obstétrico ginecológicas, MATRONAS.

Ante la amplia repercusión, y manifiesto de otras organizaciones como el CGOMC y la falta de debate público con todos los grupos profesionales implicados, ya que ninguna matrona estuvo presente en esa mesa para poder argumentar su postura, desde la AEM queremos EXPONER que:

- 1º.- La AEM ha estado al lado de las mujeres y de las matronas a lo largo de estos años siendo testigo y parte de los cambios que se han producido en la atención de los nacimientos y en las prácticas obstétricas.
- 2º.- Que la AEM antes que ninguna otra organización abogó ante el Ministerio de Sanidad (2000) por la creación de **unidades de bajo riesgo** dirigidas por matronas para evitar el incrementado intervencionismo que venía observando en la atención al parto y nacimiento. La misma que logró convocar un foro internacional de obstetras y matronas para que expusieran y reconocieran abiertamente los errores de la obstetricia intervencionista realizada en España, en ese momento, denominado "Seminario Internacional Complutense" (2005) cuyo fruto visible fue "**La Carta de Madrid**" (traducida a cuatro idiomas), como primer documento de compromiso profesional acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la atención del parto y nacimiento. Encuentro profesional al que le han seguido dos ediciones más de este Seminario Internacional (2009 y 2015) a fin de valorar los avances realizados en el cambio hacia una asistencia al parto y nacimiento menos intervencionista y que posibilitara "a las mujeres un parto más armonioso y seguro y a las futuras generaciones una entrada más acogedora en la vida" (Carta de Madrid 2005). Posteriormente se estableció un consenso con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su propuesta de 2007 para la desmedicalización de los partos de bajo riesgo. Finalmente la Asociación trabajó con el Ministerio de Sanidad en el documento de Estrategia de Atención del Parto Normal (EAPN) (2007), de Estándares para las Unidades Obstétricas y continúa formando parte del grupo técnico para mejora y revisión de los documentos anteriores junto con otros organismos y asociaciones de ámbito nacional.
- 3º.- Que la AEM es una de las seis asociaciones fundadoras junto con UNICEF España y, por tanto, miembro de pleno derecho de la IHAN España,

Iniciativa para la Humanización y Atención al Nacimiento y la Lactancia (1995).

- 4º.- Que la AEM trabaja con el Ministerio de Sanidad en todos los documentos recientes de recomendaciones en el entorno del parto, sexualidad como órgano consultivo de este Ministerio para todos los temas de salud de la mujer y el niño (y del Ministerio de Educación en temas de formación profesional, aunque en esta ocasión no hemos sido invitadas ni consultadas para emitir nuestra posición al respecto de la modificación propuesta por el Ministerio de Igualdad).
- 5º.- La Asociación Española de Matronas ha sido promotora, coordinadora y editora del único y exclusivo **Código Deontológico de las matronas españolas** desde su edición en 2010, en cuyo preámbulo queda reflejado lo siguiente: "**debe constituir una declaración y catálogo de principios y valores éticos que sirvan de guía para la labor cotidiana de las matronas (hombres y mujeres) inmersos en cuestiones científicas todavía en debate y dentro de una sociedad cambiante que espera, en todo caso, como sujeto de derecho, recibir servicios de profesionales de probada competencia científica, cultural y de sólidas convicciones de carácter moral y ético y que, además, se fundamente en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) y la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996) y la legislación vigente en cuestiones de derechos a la intimidad, privacidad, autonomía y participación activa en la toma de decisiones, en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva**".

Además, en su apartado de declaraciones previas expone en su apartado a) "**entendemos la gestación y el parto como un estado temporal de implicaciones somato-emocionales, bio-sociales y culturales de carácter singular y adaptativo que una mujer sana puede asumir con éxito y concluir de manera placentera. Por ello, las matronas promoverán la no intervención en los partos, cuando no sea necesaria, reforzando la confianza de las mujeres en sus propias capacidades.**"

Y en su capítulo I art.1 dice: "la matrona realizará todas sus actuaciones basándose en los principios de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, viniendo a proteger a las mu-

jeros y sus hijos de intervenciones que puedan ocasionarle algún daño, poniendo especial énfasis en desarrollar actuaciones en prevención, primaria, secundaria, terciaria y con particular acento en prevención cuaternaria en los partos de evolución espontánea".

Desde 2006 la AEM hizo pública su Declaración de Posición (Misión, Visión y Valores) en la que como punto primero manifiesta: **"que lejos de fundamentalismos, pero sí con la evidencia científica, entendemos la gestación y el parto como un estado temporal de implicaciones somato-emocionales y sociales de carácter singular y adaptativo que una mujer sana, con el necesario seguimiento y cuidado profesional, para la detección precoz de cualquier alteración, puede asumir con éxito y concluir, en más de un 85% de los casos, en un parto espontáneo y una crianza placentera"**. Y en otro de sus apartados: **"Reforzamos de manera continuada nuestra creencia y convencimiento, respecto a lo que deberían ser dos paradigmas esenciales de las matronas y la sociedad: "Donde haya una mujer que precise ayuda en educación, prevención o atención a su proceso reproductivo, debe existir una matrona". "Los partos, en su mayoría, no necesitan ser curados, pero sí ser cuidados"**.

6º.- Que durante toda la pandemia la AEM ha luchado y defendido frente a diversas administraciones autonómicas los derechos negados de las mujeres gestantes al acompañamiento durante el proceso de nacimiento, sola y en asociación con otras organizaciones y en apoyo absoluto en pro de un parto acompañado.

Por todo lo anteriormente expuesto, MANIFESTAMOS nuestro apoyo incondicional a todas las mujeres, gestantes o no, que en el curso de su salud sexual y reproductiva se hayan podido sentir dañadas o perjudicadas por actuaciones indebidas o innecesarias. También las matronas hemos sido víctimas por el hecho

de ser mayoritariamente mujeres, respecto de otro colectivo y de protocolos y decisiones que se han tomado en diferentes comunidades o administraciones sin contar con nosotras ni haber sido consultadas para asesorar en esa toma de decisiones.

Por ello, PROPONEMOS seguir al lado de las mujeres durante todo su ciclo vital cuidando su salud sexual y reproductiva como es nuestro objetivo, siendo las profesionales expertas, y que seamos partícipes de pleno derecho en la toma de decisiones que se realicen en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva para promover, por un lado, el cumplimiento de la Ley 41/2002 de Derecho a la información y autonomía del paciente por parte de todo nuestro colectivo, difundir nuestro Código Deontológico entre todas las matronas, si es que son desconocedoras, y fomentar la aplicación de la EAPN en aquellos lugares donde no haya sido consolidada.

La Asociación Española de Matronas siempre estará al lado de las mujeres y todas las matronas que en el día a día defienden la profesión y acompañan a las mujeres en su proceso vital, sujeto de nuestros cuidados para una vivencia y experiencia de su salud sexual y reproductiva lo más satisfactoria posible, y velará por el cumplimiento de su código deontológico.

"Sentimos y vivimos los problemas de la mujer, de la familia y de cada colega como propios, desde el respeto, la igualdad y la solidaridad, el compromiso, la transparencia y el esfuerzo organizativo y participativo, la libertad y la justicia social, valores fundamentales de nuestra entidad asociativa, intentando conseguir a la vez hacer un trabajo más consciente y más humano, reforzar y mostrar estos valores que nos identifican como profesión privilegiada de servicio a la sociedad."

(Declaración de Posición AEM, 2006)

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

XX Congreso Nacional de Matronas (presencial-virtual)



JUEVES 21 de octubre de 2021

TALLERES (precongreso)

HORARIO MAÑANA 10:00 - 14:00 h	TÍTULO	PONENTE
Taller 1	Suelo pélvico, más allá de la teoría	Lola Serrano Raya (matrona)
Taller 2	Suturas y anudados	Remedios Climent y Marta Benedí (matronas)
Taller 3	Asesoramiento en lactancia materna (LM): abordaje desde la práctica	Cintia Borja Herrero. IBCBL (enfermera pediátrica)
Taller 4	Emergencias obstétricas: <ul style="list-style-type: none"> • Distocia de hombros • Hemorragias • Eclampsia • RCP 	Grupo español para la prevención de PBO

Programa provisional del XX Congreso Nacional de Matronas

Alicante, 21, 22 y 23 de octubre de 2021



JUEVES 21 de octubre de 2021

HORARIO TARDE	ACTIVIDADES	
16:00 h Inauguración oficial	Acto inaugural, bienvenida y presentación del XX Congreso Nacional de Matronas	
16:30 h	<p>CONFERENCIA INAUGURAL: "Prehistoria, género y matemáticas"</p> <p>D. Francisco A. González Redondo. Doctor en Filosofía y Matemáticas. Profesor en UCM</p>	
HORARIO	ACTIVIDADES	PONENTES
17:10 h	Consulta preconcepcional de la matrona	Teresa Molla (matrona)
17:40 h	"Lactoferrina: solución eficaz para la anemia ferropénica durante el embarazo. Últimos avances y estudios científicos"	Pilar Mier (ingeniera química)
18:10 h	PAUSA CAFÉ	
18:30 h	Vacunas y embarazo	Noelia Rodríguez (matrona)
19:00 h	Microbiota y embarazo	Dra. Marta Selma
19:30 h	Prasterona: nueva alternativa terapéutica para el síndrome genitourinario de la menopausia	Dr. Sánchez Borrego
20:00 h	Suelo pélvico: el gran olvidado. Lo recuperaremos. Tecnología HIFEM	Lys Garía Villaplana (matrona) José Ignacio Mazzanti
20:30 h	COCKTAIL DE BIENVENIDA	

VIERNES 22 de octubre de 2021		
HORARIO MAÑANA	ACTIVIDADES	PONENTES
9:00-11:00 h	COMUNICACIONES ORALES	
11:00 h	PAUSA CAFÉ	
	MESA ÉTICO-LEGAL	
11:30-12:45 h	Legislación para matronas. Toma de decisiones Consentimiento informado: quién, cómo y cuándo	José Pascual Fernández Gimeno (abogado) Isabel Castelló López (matrona)
12:45-13:45 h	MESA DEBATE: VIENTRES DE ALQUILER vs. MATERNIDAD SUBROGADA	
12:45 h	Visión de las dos diferentes posturas y tiempo de preguntas y debate	Nuria González López (abogada independiente. Especialista en Derechos Humanos) Dra. Modesta Salazar Agulló (matrona)
HORARIO TARDE	ACTIVIDADES	PONENTES
16:00 h	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE	
16:00 h	Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad	Noelia Benito Vicente (matrona). Ana Carmen Esono Ruiz-Botau (matrona)
17:00 h	PAUSA CAFÉ	
17:30 h	MESA ATENCIÓN INTEGRAL	
17:30 h 18:30 h 18:30 h	Buenas prácticas en duelo perinatal La salud mental perinatal Tecnología. TIC para matronas Debate	D. Paul Cassidy Dra. Lluisa García D. Adrián Sarriá Cabello
19:00 h	COMUNICACIONES ORALES	
21:30 h	CENA DEL CONGRESO (NO GALA-DISFRACES)	

Agenda | XX Congreso Nacional de Matronas

SÁBADO 23 de octubre de 2021

HORARIO	TÍTULO	PONENTES
9:00-11:00 h	MESA MISCELÁNEA	
9:00 h	Anquiloglosia y lactancia materna: evaluación por la matrona	Lucía Moya Ruiz (matrona) Marcos Camacho Ávila (matrón)
9:30 h	Estado actual de implantación de la Estrategia de atención al parto normal (EAPN)	Soledad Carregui Vilar (matrona) Ramón Escuriet (matrón) Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna-URL. BRNA
10:00 h	"Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC" Debate	
11:00 h	PAUSA CAFÉ	
11:30 h	MESA RESIDENTES	
11:30 h	Intercambio intergeneracional: Inquietudes residentes y del colectivo en general	Lorena Sánchez Álvarez (EIR). Matronas: María José Alemany Carmen Molinero Fraguas
12:30 h	RESULTADOS DE LA ENCUESTA "TOMANDO EL PULSO A LAS MATRONAS"	
12:30 h	"Hemos tomado el pulso de las matronas"	M ^a Ángeles R. Rozalén
13:00 h	CONFERENCIA CLAUSURA: Las desconocidas aportaciones a la matronería de Florence Nightigale vigentes más de un siglo después	Rosa M ^a Plata Quintanilla Presidenta AEM
13:50 h	LECTURA DE CONCLUSIONES ENTREGA DE PREMIOS: Mejor comunicación Mejor póster ENTREGA DE PREMIOS "Maribel Bayón 2019" PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de Matronas	Secretaria Ejecutiva Presidenta del Congreso Presidenta AEM
14:30 h	FIN DE CONGRESO	

Próximas convocatorias de Másteres de Enfermería con Acreditación ECTS



**60
ECTS**



Máster en Enfermería del Niño y del Adolescente

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



**60
ECTS**



Máster en Enfermería Escolar

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



**60
ECTS**



Máster en Cuidados en Pacientes Crónicos

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas

Fechas de inicio desde el 07/09/21