

matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 4 Nº 1 AÑO 2016

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161





BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 306

Miércoles 23 de diciembre de 2015

Sec. I. Pág. 121483

I. DISPO

MINISTERIO DE SAN

14028

Real Decreto 954/20 uso y autorización o de uso humano pc

Tanto la anterior Ley 29 medicamentos y productos se la Ley de garantías y uso rapor el Real Decreto Legis 2 que los médicos, los odonte respectivas, son los únicos medicamentos sujetos a pre-

Sin embargo, la aplicac la existencia de espacios

SENERALES

OCIALES E IGUALDAD

por el que se regula la indicación, edicamentos y productos sanitarios os.

e garantías y uso racional de los s, como el actual texto refundido de s y productos sanitarios, aprobado n su artículo 79.1, han dispuesto el ámbito de sus competencias decir, con facultad para recetar

sanitaria integral a la realidad de dos por diferentes profesionales

SUMARIO

- Editorial
- Efectos de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna
- Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia)
- Conocimientos básicos sobre lactancia materna exclusiva en la población masculina de Vigo
- Virus Zika y embarazo

Artículo especial:

Posición de la Asociación Española de Matronas en relación al Real Decreto de Prescripción Enfermera

Aquí y ahora:

Entrevista al equipo de matronas del Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)

Agenda:

Día Internacional de la Matrona Dos matronas, nuevas doctoras Lanzamiento de INFOMatronas





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

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

matronaz 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€

matrona/ hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

Normas de publicación para los autores disponibles en: http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/no rmas-de-publicacion/

ISSN: 2340-0161

1



Comité editorial

Fundadora

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

■ Rosa Mª Plata Quintanilla

Comité editorial

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

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





Sumario • Summary

Vol. 4 - nº 1 abril-agosto 2016

Editorial	4
Originales	
Efectos de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna Patricia Álvarez Holgado, Patricia Gilart Cantizano, Rocío Palomo Gómez, Juana María Vázquez Lara, Luciano Rodríguez Díaz	6
Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia)	11
Conocimientos básicos sobre lactancia materna exclusiva en la población masculina de Vigo	18
Revisiones	
Virus Zika y embarazoEduardo Martínez Martín, Dolores Macarro Ruiz, Paloma Martínez Galán, Javier Manrique Tejedor	27
Artículo especial	
Posición de la Asociación Española de Matronas en relación al Real Decreto de Prescripción Enfermera (RD. 954/2015)	38
Aquí y Ahora	
Entrevista al equipo de matronas del Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)	51
Agenda	
Día Internacional de la Matrona	54
Dos matronas, nuevas doctoras	56
Lanzamiento de INFOMatronas	58

Editorial

De la alegalidad a la ilegalidad: prescripción enfermera

Nubarrones negros en el fin del año 2015 para las matronas: prescripción enfermera, era el título del último editorial del recién finalizado año de esta revista y para desventura de la profesión, hoy podemos afirmar que los peores presagios se han cumplido.

Seguro que a una gran parte de españoles el 22 de diciembre no nos dejó un premio de los más de 15.000 premios que reparte tan longevo y tradicional sorteo, y ese día después, en el que con interés y reducida esperanza se consultan los boletos acumulados en busca de una pequeña alegría, a las matronas y a la enfermería en general nos tocó más que una lustrosa pedrea que aún nos diera contento, "la gran pedrada". Recordaremos por mucho tiempo ese 23 de diciembre en que la publicación en el BOE del Decreto de prescripción enfermera nos vino a echar un jarro de agua fría a una ilusión y aspiración lícita de legalizar una práctica "alegal", para la que la mayoría de las matronas (y enfermeros generales) ha demostrado poseer suficiente capacidad de ejercerla con seguridad y acierto, algo que es un derecho al que debemos seguir aspirando.

Personalmente, mi sentimiento desde ese día es de rabia, rabia porque en todos estos años transcurridos (recordemos que los primeros pasos de este decreto se iniciaron en el 2006) nuestra labor y nuestro rol en el sistema sanitario ha sido absolutamente menospreciado por quienes han tenido la potestad para negociar, lo que ha concluido en dicho despropósito: menoscabo de los derechos de los usuarios y atentado contra la dignidad profesional de la enfermería.

Aún me hacen eco en la cabeza las vergonzosas palabras del anterior presidente de la OMC, D. Isacio Siguero Zurdo cuando, supongo desde su particular atalaya de superioridad que comparte con muchos colegas médicos, se atrevió a comparar a las enfermeras con las azafatas y a los médicos con los pilotos. Su intención de denostar y denigrar a la enfermería le ocasionó el premio de una gran bofetada a mano vuelta en forma de crítica y gran ridículo. Pero parece que como este galeno, otros tantos tampoco han escarmentado y desgraciadamente han tenido participación en este decreto, han seguido haciendo gala de prepotencia y arrogancia desdeñando la labor de la enfermería y peor aún, que se les haya consentido, que se les haya dado carta de soberanía para imponer su criterio interesado. Esta suposición particular me induce a pensar que el propio Ministerio de Sanidad cuya misión es hacer funcionar de la forma más óptima posible el sistema sanitario, no solo desconoce la labor enfermera dentro del propio sistema, sino que además el título de médico, porque la mayoría no llegan a grado de doctor aunque así se les denomine para su propia complacencia, les sigue cegando y se rinden ante sus dictámenes como si procedieran de las adoradas divinidades médicas del Olimpo griego.

Ya en 1733 el ilustre D. Gregorio Mayans y Siscart, ilustre hombre de letras traductor y prologuista del libro del doctor Gazola *El mundo engañado por los falsos médicos*, ahondaba en el prólogo, en la distinción que el autor hacía a lo largo del texto de las dos clases de médicos (para entendernos, los falsos y los buenos). De los primeros decía:

"... Pues todos los otros son falsos médicos que tienen engañado no menos que a casi todo el mundo. Muy vanamente engreídos nos quieren dar a entender que aquel espinoso palo, que los antiguos pusieron en la mano de Esculapio para significar con los nudos las grandes dificultades que la Medicina tiene, es para ellos tan liso como si fuera un junco. Pues no admite duda que este arte, sobre difícil, es larga y cualquiera vida muy corta para poderla comprender".

El mismo Dr. Gazola en su discurso destaca la ignorancia que se instaló en el pueblo por esas actitudes vanidosas mantenidas por parte de la clase médica:

"Creen muchos que el recetar bien es necesaria consecuencia del título y una virtud insusa en el capirote. ¡Oh, pobres ignorantes engañados!

No es lo mismo llamarse médico y saber serlo.

No es lo mismo escribir una receta y remediar el mal".

Y aunque nos separen casi tres siglos en los que además la enfermería ha consolidado su cuerpo profesional propio, parece que estos "semidioses en blanco" como se denomina a los médicos en Alemania, han crecido en vanidad sintiéndose imbuidos no solo de todos los conocimientos de la medicina inaccesibles para cualquier otro mortal, algo demostradamente incierto y en la generalidad dotados de conocimientos en proporción inversa a su arrogancia, sino que pretenden tapar para que el resto del mundo ignore que en el equipo sanitario los médicos son solo una parte del engranaje. Si reconocieran el valor de otros profesionales que comparten con ellos la noble tarea de cuidar y curar, como las/os enfermeras/os (matronas), la pretensión de seguir ostentando el poder cual señores feudales para usar y determinar el futuro de sus vasallos, en su mezquina conciencia, situaría en posición de peligro su estatus y pretendido poder absoluto, de ahí que este decreto les haya producido miedo, inquietud y su respuesta, sus manejos, hayan sido tan ignominiosos.

Las matronas, en medio del camino errático de este decreto, hemos conseguido ser nombradas en la Disposición Adicional sin saber a qué se refiere la mención, pero de momento viviremos la paradoja y sinsentido de poder realizar una intervención de cirugía menor como la episiorrafia y tener que llamar al galeno de turno quien, probablemente ni siquiera sea especialista en ginecología y obstetricia, para que nos prescriba con la autoridad que le confiere todos sus conocimientos en farmacología, *in situ* y a toda prisa a ser posible porque la mujer no podrá esperar con relajada actitud la solución, "una anestésico local" para reparar de forma indolora, el desgarro o la episotomía .

Desconozco la lucha que el Consejo General de Enfermería ha mantenido para salvaguardar concretamente los derechos de las matronas en este asunto, aunque supongo que haya sido mínima o ninguna, porque si no ¿cómo es posible que los podólogos consiguieran autorización para prescribir incluso medicamentos sujetos a prescripción con menos horas de formación en farmacología, sin cursos suplementarios ni necesidad de validación? ¿Cuestión de intereses y/o que nuestra representación realmente no defiende con contundencia y honestidad a los enfermeros y mucho menos a las matronas?

Desde la Asociación Española de Matronas (AEM) que me honro en presidir, hemos hecho las pertinentes gestiones para que, al menos, en lo que atañe al ejercicio de nuestro colectivo, se aclare nuestra situación y consigamos que la justicia y el sentido común conduzca a que la ley nos autorice a ser y ejercer simplemente como matronas, con la autonomía que hoy se nos niega a la luz de este decreto. En páginas interiores se incluye el documento de alegaciones que a tal efecto ha elaborado la AEM.

El dictamen jurídico es claro y por ello animo a toda la profesión a ser escrupulosa en el ejercicio de sus competencias en esta delicada situación en la que nos ha colocado el RD 954, porque quizá así no solo consigamos no salirnos de la legalidad y por tanto no incurrir en un delito punible, sino que demostremos que atarnos las manos a los enfermeros, y particularmente a las matronas, va a resultar caro. Algunos Consejeros de Sanidad incluso, ya previendo las consecuencias para el sistema (y para ellos mismos), han lanzado manifiestos en los que, no sé si cegados de autoridad y menospreciando una vez más la inteligencia de los enfermeros, o ambas cosas a la vez, instan a la profesión a mantener una actividad contraria a la ley bajo la promesa de su amparo. Y no es cierta la protección que nos ofrecen porque la ley está por encima y ningún consejero, ni decreto autonómico nos protegerá si en el desarrollo de nuestra actividad profesional incumplimos la ley. Otro engaño más.

"Quien la haga que la pague", se dice, pero en este caso no van a pagar solo los médicos que instigaron esta versión final del decreto, los que acaso no defendieron a los enfermeros (CGE y sindicatos) más que a intereses no mencionables, o el propio Ministerio de Sanidad que ha dado "patente de corso" en este asunto a quien no debía, sino a los usuarios del sistema que no han tenido participación alguna en este debacle y a la enfermería en la que nos encontramos las matronas, por negación de un derecho, la crítica falsa y mordaz contra una profesión al completo y el intento de desprestigiarla. Y conste que lo siento por los usuarios, inocentes en esta guerra, pero más lo siento por mí, igualmente inocente como el resto de matronas y enfermeras/os.

Rosa Mª Plata Quintanilla Directora de Matronas Hoy

Originales

Efectos de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna

- ¹ Patricia Álvarez Holgado
- ¹ Patricia Gilart Cantizano
- ¹ Rocío Palomo Gómez
- ² Juana María Vázguez Lara
- ² Luciano Rodríguez Díaz

- ¹ Matrona. Hospital Quirón Campo de Gibraltar.
- ² Matrones. Hospital Universitario de Ceuta y Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

E-mail: tryssha_17@hotmail.com

Resumen

Introducción/objetivo: la Guía de Práctica Clínica sobre Embarazo, Parto y Puerperio del Ministerio de Sanidad recomienda ofrecer a todas las mujeres gestantes y sus parejas la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del recién nacido y con la lactancia. En el Hospital Quirón Campo de Gibraltar, las matronas llevan a cabo un programa de educación maternal en el cual al finalizar cada grupo, entregan encuestas para conocer el grado de satisfacción materna,

Método: se utilizó la encuesta de satisfacción de uso sistemático tipo *Likert* (1-5). Se evaluó a 252 mujeres de julio de 2013 a diciembre de 2014. Se estudiaron varios aspectos con el fin de valorar el impacto de un Programa de Educación Maternal (PEM) sobre determinados resultados obstétricos, comparando dichos resultados con los estándares de calidad descritos por la OMS. Para la realización de dicho trabajo se analizaron los datos recogidos en el libro de partos.

Resultados: se obtuvieron resultados en cuanto al porcentaje de episiotomías, partos eutócicos y las diferentes posiciones adoptadas, entre otros muchos.

Conclusión: las mujeres gestantes que acudieron al PEM pudieron sentirse más preparadas para afrontar el parto e iniciar la lactancia materna, expresando además un grado alto o muy alto de satisfacción con el programa.

Palabras clave: educación maternal; satisfacción; resultados obstétricos.

Abstract

Impact of a program for maternal education in childbirth: obstetric results and maternal satisfaction

Introduction/purpose: current "Guía de Práctica Clínica sobre Embarazo, Parto y Puerperio del Ministerio de Sanidad" (Ministry of Health's clinical practice guideline on pregnancy, childbirth, and postpartum) recommendations include offering all pregnant women and their partners the opportunity to participate in a childbirth preparation program intended to provide knowledge and skills related to pregnancy, childbirth and postpartum care, newborn, and breastfeeding. At Hospital Quirón, Gibraltar, midwives use a maternal education program; after a run is completed, questionnaires are used to assess maternal satisfaction.

Methods: a Likert-type (1-5) scale was used to systematically assess satisfaction. From July 2013 to December 2014, 252 women participated in the program. Several items were evaluated to assess the impact of a Maternal Education Program (MEP) on specific obstetric results, by means of a comparison against WHO reported quality standards. Data recorded in birth register were analyzed.

Results: results on episiotomy rate, normal births, and different positions, among many others, were obtained.

Conclusion: pregnant women attending MEP felt more prepared to face childbirth and start breastfeeding, and showed a high or very high degree of satisfaction with the program.

Key words: maternal education; satisfaction; obstetric results.

Introducción

La profesionalización de la preparación de las parejas para afrontar al momento del parto y nueva paternidad comenzó a tener su auge en los años 60, inicialmente con el método de Lamaze^{1,2}.

Esta necesidad de profesionalizar algo tan rutinario y natural surge a consecuencia de la modificación en los patrones sociofamiliares, en los que la emigración y movilización de las familias a los grandes núcleos poblacionales rompe la cadena de transmisión de conocimientos, que hasta entonces era rol innato que pasaba de abuelas y madres a hijas y nietas, de forma generacional^{1,2}.

Además, el auge de la medicalización del parto y su asistencia en el área hospitalaria promueve que los profesionales sanitarios se impliquen de forma activa en la regulación de los conocimientos que los futuros padres debían adquirir³.

En esta época, el objetivo era promover un parto no medicalizado y apoyar el nacimiento del parto normal a través de la educación maternal. Con el transcurso de los años, los objetivos de estos programas se trasladaron a enfocarse además en la evitación del dolor del parto y posteriormente en la toma de consciencia del mismo y el empoderamiento de la mujer, desarrollando su autoconfianza y poder para parir. Estas variaciones han sido clave para poder cubrir las necesidades de las mujeres, que han evolucionado con el paso del tiempo^{4,5}.

En la actualidad, la Guía de Práctica Clínica sobre Embarazo y Puerperio del Ministerio de Sanidad recomienda ofrecer a todas las mujeres gestantes y sus parejas la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento, con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del recién nacido y con la lactancia⁶.

Existen estudios que describen cómo la actitud de las mujeres ante la maternidad mejora en aquellas que han recibido el curso de Educación Maternal, y que el tiempo de dilatación es menor en el grupo de mujeres preparadas frente a grupo de mujeres no preparadas (Molina et al. 1996), por lo tanto, la asistencia a un programa de educación maternal dirigido por matronas tiene beneficios ya demostrados para las pacientes y sus familias⁷.

En el Hospital Quirón Campo de Gibraltar, las matronas llevan a cabo un programa de educación maternal de ocho sesiones, una sesión semanal de dos horas de duración en las que se imparten contenidos teóricos y prácticos basados en la evidencia científica, y contrastados para asegurar la calidad y seguridad de la información ofrecida. Las matronas que imparten las sesiones son las que igualmente atienden a las mujeres en el momento del parto y puerperio. Este sistema permite a las mujeres gestantes establecer una relación más cercana con las matronas, existiendo una gran comu-

nicación entre las usuarias y los profesionales de la salud, eliminando miedos y temores y disminuyendo los niveles de ansiedad generados por el proceso de embarazo, parto y puerperio⁸.

Objetivos

- Objetivo principal: valorar el impacto de un PEM sobre determinados resultados obstétricos.
- Objetivos secundarios:
 - Comparar los resultados obstétricos con los estándares de calidad descritos por la OMS.
 - Evaluar la satisfacción materna respecto al Programa de Educación Maternal.

Material y método

Se analizaron los datos recogidos en el libro de registro de partos para las siguientes variables:

- Inicio del parto: espontáneo vs. inducido.
- Terminación del parto: eutócico, distócico instrumental o cesárea.
- Estado del periné tras el expulsivo: episiotomía sí vs. episiotomía no.
- Posición materna en el periodo expulsivo: litotomía vs. otras posiciones (sentada, en cama, decúbito lateral, cuatro puntos, de pie...).
- Uso de analgesia epidural (sí o no).
- Inicio de la lactancia materna en el puerperio inmediato (sí o no).

El grupo de expuesto a la intervención de educación sanitaria (Grupo A, n= 106) fue el de las mujeres que parieron en el HQCG y que **acudieron al PEM** en el HQCG entre enero y diciembre de 2014.

El grupo no expuesto (Grupo B, n= 101) fueron aquellas mujeres que parieron en el HQCG entre agosto y diciembre de 2014 pero **no acudieron al PEM.**

Los criterios de exclusión fueron: cesáreas electivas y mujeres, que aun realizando el programa de educación maternal en el HQCG tuvieron su parto en otro centro hospitalario.

Para conocer la satisfacción materna con el programa de Educación Maternal, se realizó la encuesta de satisfacción de uso sistemático tipo *Likert* (1–5), compuesto por siete preguntas, a todas las mujeres que participaron en el programa tras su finalización.

Se valoró la satisfacción de 252 mujeres de julio de 2013 a diciembre de 2014.

Los aspectos estudiados fueron los siguientes:

- La matrona ha explicado bien los contenidos de las sesiones.
- La información que ha recibido ha conseguido resolver sus dudas
- Acudir a las sesiones le ha dado seguridad y confianza en su embarazo.
- Los contenidos de las sesiones le han parecido suficientes.
- Si se quedara embarazada de nuevo, ¿volvería a realizar el curso de EM con nosotros?
- Recomendaría a amigos o familiares acudir a este curso de EM.
- Considero que el curso de EM ha sido de utilidad para mi embarazo.

Finalmente se realizó el análisis estadístico.

Resultados

Se obtuvieron los siguientes resultados obstétricos (Tabla 1):

El inicio espontáneo del parto fue similar para los dos grupos, y en ambos casos el porcentaje se encuentra por debajo de lo recomendado por la OMS (Gráfico 1).

La realización de inducciones de parto fue, por tanto, mayor a lo indicado por la OMS en ambos casos. En el grupo A se planificaron menos cesáreas electivas.

La terminación eutócica del parto fue similar para ambos grupos (Gráfico 2).

El porcentaje de cesáreas urgentes fue levemente inferior en el grupo A, a expensas de una aumento en la tasa de partos instrumentados en este grupo.

	Grupo A	Grupo B	Estándares de calidad OMS
Muestra	106	101	
% Mujeres excluidas con cesárea electiva	12,3	17,8%	
% Mujeres con inicio espontáneo del trabajo de parto	50,5	50,6%	>90%
% Mujeres con inicio inducido del trabajo de parto	49,5	49,4%	<10%
% Mujeres con terminación eutócica	54,8%	54,2%	
% Mujeres con terminación distócica	45,2%	45,8%	
% Mujeres con cesárea urgente	23,7%	26,5%	<15%
% Mujeres con parto instrumental (vacuno, fórceps, kiwi)	21,5%	19,3%	<15%
% Mujeres con episiotomía	32,4%	26,2%	<15%
% Mujeres con episiotomía en parto eutócico	7,8%	8,2%	<15%
% Mujeres con analgesia epidural en parto vaginal	83,1%	83,6%	
% Mujeres con analgesia epidural en parto eutócico	78,4%	77,7%	
% Mujeres en posición de litotomía	54,9%	63,9%	<30%
% Mujeres que adoptaron otras posiciones	45,1%	36,1%	>70%
% Mujeres en litotomía en parto eutócico	39,2%	51,1%	<30%
% Mujeres con otras posiciones en parto eutócico	60,8%	48,9%	>70%
% Mujeres que iniciaron LM en el puerperio inmediato	82,8%	77,1%	>80%
% Mujeres que no iniciaron LM en el puerperio inmediato	17,2%	22,9%	<20%

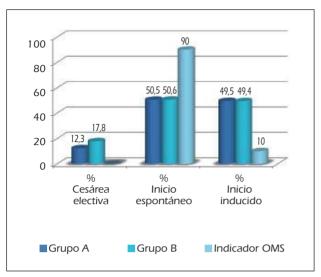


Gráfico 1. Tipo de inicio de parto

La tasa de episiotomías en partos eutócicos fue ligeramente inferior en el grupo A y en ambos casos cumple el estándar de calidad indicado por la OMS (Gráfico 3).

El uso de analgesia epidural fue similar en ambos grupos.

En cuanto a las posiciones durante el periodo expulsivo, hubo una diferencia significativa entre ambos grupos (Gráfico 4).

Para los partos eutócicos, las mujeres del grupo A adoptaron posiciones diferentes a la litotomía en un 60,8%, está cercano al indicador de calidad de la OMS (70%), siendo un 48,9% para el grupo de no expuestos.

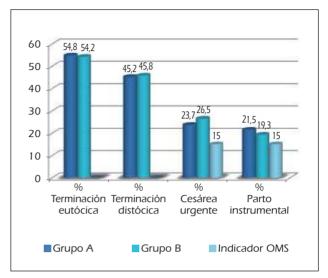


Gráfico 2. Terminación eutócica, distócica, cesárea urgente y parto instrumental

La lactancia materna fue iniciada por el 82,8% de las mujeres del grupo A, cumpliendo el indicador de calidad de las OMS que se sitúa por encima del 80% (Gráfico 5).

Para el grupo B, el porcentaje de mujeres que iniciaron la lactancia materna en el puerperio inmediato fue del 77,1%.

En todas las mujeres gestantes que asistieron al PEM, la satisfacción resultó ser alta o muy alta. La puntuación media obtenida en el cuestionario de satisfacción fue de 4,75 sobre 5 (1= nada; 2= poco; 3= regular; 4= bastante; 5= mucho), siendo la puntuación menor 4,37 y la puntuación mayor 4,90 (Imagen 1).

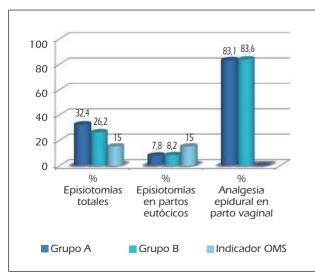


Gráfico 3. Episiotomías totales, en parto eutócicos y analgesia epidural

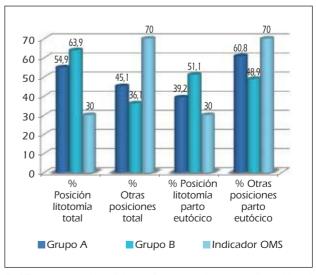


Gráfico 4. tasa de episiotomías y uso de analgesia epidural

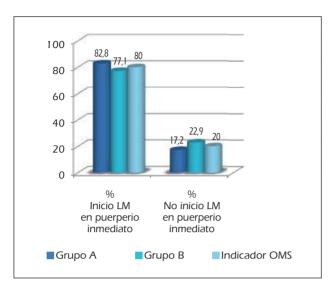


Gráfico 5. Inicio de lactancia materna en puerperio inmediato



Imagen 1. Clase de danza del vientre para mujeres embarazadas impartida por matrona

Conclusiones

La asistencia al PEM del HQCG impartido por matronas se relaciona con la mejoría en determinados resultados obstétricos, que se asemejan e incluso superan en algunos aspectos los indicadores de calidad descritos por la OMS.

La asistencia al PEM constituye un factor de protección para lograr mejores resultados obstétricos en la posición materna adoptada durante el periodo expulsivo e inicio de la lactancia materna durante el puerperio inmediato.

Podría sugerirse que este resultado es debido a un incremento en la autoconfianza de las mujeres que acudieron al PEM, así como de una mayor concienciación de su implicación activa en el proceso del parto y maternidad.

Concluimos que las mujeres gestantes que acudieron al PEM pudieron sentirse más preparadas para afrontar el parto e iniciar la lactancia materna, expresando además un grado alto o muy alto de satisfacción con el programa.

Discusión

En la actualidad, se siguen recogiendo datos y entregando las encuestas de satisfacción para abrir nuevas líneas de investigación relacionadas con la satisfacción materna de las mujeres que acuden a nuestro PEM y los resultados obstétricos obtenidos tras el nacimiento del bebé^{9,10}.

La SEGO, con la coordinación técnica de la Fundación Avedis Donabedian, ha desarrollado un amplio conjunto de indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia, que probablemente resulta excesivamente extenso pero que pueden ser agregados en nuestros datos de calidad sanitaria, como serían valorar la tasa de cesáreas, desgarros, lactancia materna precoz, tasa de inducciones, etc.¹¹.

Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
- 2. Molina Salmerón M, Martínez García AM, Martínez García FJ, Gutiérrez Luque E, Sáez Blázquez R, Escribano Alfaro PM. Impacto de la educación maternal: vivencia subjetiva materna y evolución del parto. Enferm Univ Albacete. 1996; 6:20-9.
- 3. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2007.
- 4. Información y estadísticas sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2009.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales. Organización Mundial de la Salud. 2009.
- 7. Recomendaciones sobre asistencia al parto normal. Sociedad Española de Ginecología. 2010.
- Rodríguez L, Vázquez JM. Informe sobre Indicadores de calidad.
 Servicio de Partos, Hospital Quirón Campo de Gibraltar; 2014.
- 9. Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. Midwifery 2010; Sep 16.
- 10. Ariza MN, Sánchez MA. Importancia de la educación maternal. Enferm Cientif. 1985; 43:9–14.
- Avedis D. Diseño y elaboración de indicadores de calidad. Barcelona: Instituto Universitario Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.

- ¹ Francisca Camacho Morell
- ¹ Inés García Barba
- ² Alba López Simó
- ³ Ermelinda Abarca Cañada

Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia)

- ¹ Matrona del paritorio del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia).
- ² Residente de matrona de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana.
- ³ Supervisora del paritorio del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia).

E-mail: francisca.camacho@uv.es

Resumen

Introducción: el uso sistemático de la episiotomía comienza a cuestionarse en Estados Unidos a mediados del siglo XX, pero la recomendación del uso restrictivo no se generaliza hasta principios del siglo XXI, cuando todas las asociaciones y organismos realizan recomendaciones unánimes al respecto. A partir de ese momento esa recomendación se incluye en la atención al parto normal.

Objetivo: valorar si se ha producido una disminución de la tasa de episiotomía en el Hospital Universitario de La Ribera como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones sobre su uso restrictivo. Al mismo tiempo se pretende valorar la evolución de la tasa de perinés íntegros y desgarros perineales en partos eutócicos sin episiotomía.

Metodología: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se recogieron datos de todas las mujeres gestantes con parto eutócico atendidas entre 2011 y 2015 en el Hospital Universitario de La Ribera.

Resultados: disminución de la tasa de episiotomías desde un 33% en 2011 a un 17% en 2015. Al mismo tiempo, ha aumentado el número de perinés íntegros, desde un 33% a un 44% y se observa una disminución en los desgarros de grado III y IV (0,68% al principio del periodo de estudio y 0,30% en la actualidad).

Discusión: el uso selectivo de la episiotomía en La Ribera, fruto del consenso del colectivo de matronas, ha conseguido disminuir la tasa de episiotomía por debajo de la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ello se debe a un conjunto de factores, desde la demanda de las mujeres hasta el cambio en la atención al parto normal, pasando por el deseo del colectivo de matronas de ofrecer un cuidado en el parto con la mayor calidad posible y que suponga una satisfacción para ambas.

Conclusiones: efectivamente, se ha producido una disminución de la tasa de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera tras el cambio de paradigma. Se ha alcanzado un elevado porcentaje de perinés íntegros en partos eutócicos sin episiotomía y un escaso porcentaje de desgarros de III y IV grado.

Palabras clave: episiotomía; matronas; perineo; parto normal.

Abstract

Restrictive use of episiotomy at University Hospital of La Ribera, Alzira, Valencia, Spain

Introduction: routine use of episiotomy began to be called into question in the United States in the mid-20th century, but the recommendation for a restrictive use was not generally adopted until the beginning of the 21st century, with all professional societies and agencies making unanimous recommendations on it. Since then, such a recommendation has been included in normal birth care.

Purpose: to asses whether or not a reduction in episiotomy rate has occurred at University Hospital of La Ribera resulting from the application of present recommendations on restrictive use. Moreover, the time course of non-damaged perineum rates and perineal tear rates in normal births not using episiotomy was evaluated.

Methods: a descriptive, cross-sectional, retrospective study was performed. Data from all pregnant women having normal births at University Hospital of La Ribera from 2011 to 2015 were collected.

Results: episiotomy rate fell from 33% in 2011 to 17% in 2015. At the same time, the number of non-damaged perinea increased from 33% to 44% and a decreased rate of grade III-IV perineal tears was observed (from 0.68% at the beginning of study period to 0.30% at present).

Discussion: selective use of episiotomy at La Ribera, based on a midwives consensus, has resulted in a reduction of episiotomy rate to below the rate recommended by World Health Organization. This is due to a number of factors, including women demands, change of normal birth care, and midwives interest in providing the highest quality in childbirth care and satisfaction for both midwives and women.

Conclusions: certainly, a reduction has occurred in episiotomy use rate in normal births at University Hospital of La Ribera since the paradigm change was introduced. A high rate of non-damaged perinea has been achieved in normal births without episiotomy, with a very low rate of grade III-IV perineal tears.

Key words: episiotomy; midwives; perineum; normal childbirth.

Introducción

La episiotomía se define como la incisión quirúrgica que se realiza en el periné durante el expulsivo para facilitar el nacimiento del recién nacido y prevenir los desgarros graves. El primero en usarla fue Fielding Oulda a mediados del siglo XVIII, pero tuvo poca aceptación hasta la publicación de los trabajos de Pomeroy y De Lee a principios del siglo XX. En ese momento se empieza a usar de forma rutinaria argumentando que la episiotomía sistemática alivia el dolor, previene los desgarros perineales y disminuye la duración del parto, con lo que se reduce la morbilidad perinatal¹⁻³.

No es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando comienza a cuestionarse el uso sistemático de la episiotomía en Estados Unidos (EE.UU.) por algunas corrientes naturalistas y se publican los primeros estudios que analizan sus beneficios reales y la utilidad de su uso⁴. A consecuencia de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en 1996 el documento titulado "Cuidados en el parto normal: una guía práctica"5, en el que se afirma que no existe ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero sí la hay en lo referente a que esta puede producir daños. Aunque en un parto normal puede aparecer la indicación para su realización, aconseja su uso restringido y recomienda que no se supere el 30%. Asimismo, considera que sería un buen objetivo conseguir un porcentaje del 10% de episiotomías en partos eutócicos. Los motivos que la OMS establece para realizar una episiotomía durante un parto normal son los siquientes: signos de sufrimiento fetal, progreso insuficiente del parto y amenaza de un desgarro de tercer grado (incluyendo desgarros de tercer grado en partos previos).

Posteriormente, aparecen otros documentos de consenso que refuerzan la postura de la OMS con respecto a la indicación del uso de episiotomía, entre ellos la "Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al parto normal"6, la "NICE Guidelines Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth" o bien las "Recomendaciones de la SEGO sobre la Asistencia al Parto"8, la iniciativa pionera de la Asociación Española de Matronas en España iniciando el cambio de asistencia al parto y nacimiento contenida en "La Carta de Madrid" (2005)9 o la "Iniciativa de Parto Normal" de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)¹⁰, por citar entre otras. La recomendación unánime de estos documentos de consenso es la no realización de episiotomía sistemática en los partos eutócicos, con un grado de recomendación A6. Asimismo, se aconseja la episiotomía restrictiva frente a la sistemática, ya que la primera incrementa el número de mujeres con el periné intacto y el de aquellas que reanudan la vida sexual al mes. Además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal y el número de mujeres con dolor al alta¹¹. Incluso en mujeres con un trauma perineal anterior de grado III o IV no existe evidencia de que la episiotomía sistemática prevenga la recurrencia de traumatismo perineal grave¹²⁻¹³.

Como consecuencia de ello, en los últimos años se ha implantado una política de episiotomía restrictiva en los países desarrollados. Sin embargo, en los distintos países europeos la tasa de episiotomía ha descendido de forma desigual. Así, España se sitúa en una tasa intermedia de episiotomías, con un 43% de episiotomías en partos vaginales, en contraste con países como Portugal (72,9%), pero también muy alejada de las tasas de episiotomía de otros países europeos, como Suecia (6,6%) y Dinamarca (4,9%)¹⁴.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana, la Conselleria de Sanitat publica en 2009 un documento de consenso: "Estrategia de Atención al Parto Normal en la Comunidad Valenciana"15, que recoge datos referentes a las tasas de episiotomía de la comunidad, diferenciando entre hospitales públicos y privados. En dicho documento se observa una tendencia decreciente en la práctica de la episiotomía, con un descenso más acusado en el caso de los hospitales públicos (64,1%) que en el caso de los hospitales privados (78,3%), según las cifras pertenecientes al año 2008. En este documento, se encuentran recomendaciones sobre el uso de la episiotomía restrictiva similares al resto de documentos de consenso y se establece la proporción de episiotomías en partos eutócicos (número de episiotomías en partos eutócicos/número total de partos eutócicos x 100) como indicador básico de evaluación de la calidad asistencial. Además, a partir de 2009, la cartilla de embarazo de la Comunidad Valenciana incluye en su interior un plan de parto, donde uno de los ítems que pueden seleccionar las mujeres gestantes como preferencia para su parto es "Evitar la episiotomía".

El Hospital Universitario de la Ribera (Alzira, Valencia) tiene una población de referencia cercana a los 250.000 habitantes y una dotación de 301 camas. El paritorio consta de cinco dilataciones/paritorio, una sala de dilatación y un quirófano. El equipo de trabajo de paritorio se compone de dos matronas, dos ginecólogos y dos auxiliares de enfermería por turno. El total de partos atendidos en 2015 asciende a 1.814, con una tendencia decreciente en los últimos años, como se observa en el Gráfico 1, en consonancia con la disminución de la tasa de natalidad que afecta a todo el país en los últimos años¹⁶. El colectivo de matronas, a la luz de la evidencia científica y las últimas recomendaciones en la asistencia al parto normal, comienza un cambio de modelo asistencial a partir de 2011. La voluntad de cambio por parte de las matronas, unida al cambio social (que reclama un parto más humanizado y respetado), propicia la aparición de una serie de medidas que favorecen la implantación de este nuevo modelo asistencial en el paritorio del Hospital Universitario de la Ribera:

- Formación de las matronas en la valoración y reparación de desgarros de III y IV grado y actualización en las nuevas tendencias de sutura.
- Creación de diferentes comisiones de mejora de calidad asistencial (anestesia, lactancia materna, contacto piel

con piel, mejora obstétrica) con un carácter multidisciplinar.

- Elaboración y puesta en marcha progresiva de distintos protocolos (movilidad en sala de maternidad y dilatación, elección de postura para el parto, clampado tardío de cordón, puerperio inmediato en paritorio tras parto vaginal y cesárea, contacto precoz piel con piel, entre otros).
- Adición de recursos materiales como óxido nitroso, fitballs y camas articuladas, que posibilitan la adopción de diferentes posturas durante el expulsivo.

Objetivos

El objetivo general del presente estudio es valorar si efectivamente se ha producido una disminución en la tasa de episiotomía en los partos eutócicos tras la adopción de este nuevo modelo de asistencia al parto normal en el Hospital Universitario de La Ribera. Adicionalmente, como objetivos secundarios, se pretende valorar la evolución en la tasa de perinés íntegros y de desgarros perineales en partos eutócicos sin episiotomía.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Población y periodo de estudio: la población de estudio fueron las mujeres gestantes con partos eutócicos atendidas en el Hospital Universitario de La Ribera desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015. Los datos se obtuvieron de la hoja de fin de parto informatizada a través del Servicio de Informática del Hospital Universitario de La Ribera.

Tamaño muestral: se recogieron datos de todas las mujeres gestantes que cumplían criterios de inclusión, sin realizar muestreo alguno sobre la población de estudio.

Variables: se recogieron las siguientes variables: número de partos eutócicos anuales (con y sin episiotomía), número de partos con periné íntegro y número de desgarros (I, II, III y IV grado) en partos eutócicos sin episiotomía.

Criterios de inclusión: partos eutócicos.

Criterios de exclusión: partos instrumentados y cesáreas.

Análisis de resultados: se realizó un análisis estadístico mediante el programa informático Microsoft Office Excel, mediante la elaboración de una hoja de cálculo.

Resultados

Durante el periodo de estudio, el número total de partos atendidos en el Hospital Universitario de La Ribera ha experimentado un descenso desde los 2.243 partos atendidos en el año 2011 hasta los 1.814 del año 2015 (Tabla 1). El número de partos eutócicos ha ascendido levemente durante el periodo de estudio, con un 63% en el último año de estudio (Gráfico 2). Con respecto al porcentaje de partos eutócicos sin episiotomía se observa una tendencia al alza, pasando de un 67% en 2011 a un 83% en 2015 (Gráfico 3). Ello supone en la actualidad un porcentaje de episiotomías en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera de un 17%. El porcentaje de perinés íntegros experimenta una disminución entre 2012 y 2014, invirtiendo esta tendencia en 2015, cuando se alcanza un porcentaje de perinés integros de un 44% (Gráfico 4). Finalmente, en relación al porcentaje de desgarros perineales de en partos eutócicos sin episiotomía (Gráfico 5), destaca la disminución de los desgarros de III y IV grado (0,30 % en el año 2015).

Tabla 1. Número total de partos anuales, porcentaje total de partos eutócicos, partos eutócicos sin episiotomía, perinés íntegros y desgarros de III-IV grado en partos eutócicos sin episiotomía en el Hospital Universitario de La Ribera

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
Total partos	2.243	2.023	1.861	1.864	1.814
Eutócicos	59%	61%	62%	62%	63 %
Sin episiotomía	67%	68%	76%	77%	83%
Periné íntegro	31%	24%	25%	26%	44 %
Desgarros III-IV (sin episiotomía)	0,68%	0,36%	0,68%	0,67%	0,30 %

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos a través del Servicio de Informática del Hospital Universitario de La Ribera

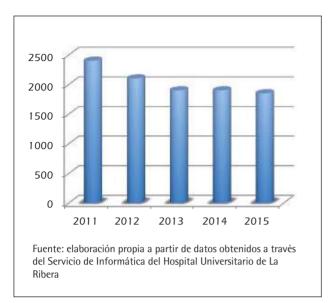


Gráfico 1. Número total de partos anuales desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015 en el Hospital Universitario de La Ribera

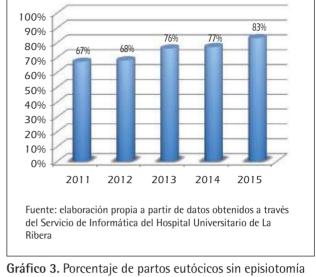


Gráfico 3. Porcentaje de partos eutócicos sin episiotomía desde enero de 2011 a diciembre de 2015 en el Hospital Universitario de La Ribera

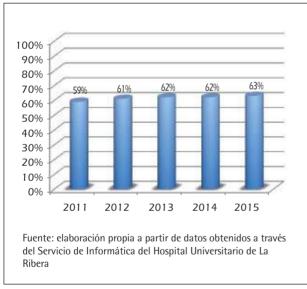


Gráfico 2. Porcentaje de partos eutócicos desde enero de 2011 a diciembre de 2015 en el Hospital Universitario de La Ribera



Gráfico 4. Porcentaje de perinés íntegros en partos eutócicos desde enero de 2011 a diciembre de 2015 en el Hospital Universitario de La Ribera

Discusión

En el caso del Hospital Universitario de la Ribera, la disminución de la tasa de episiotomía que se ha visto reflejada en el presente estudio es tan solo una más de las consecuencias del cambio de modelo asistencial llevado a cabo en los últimos años. A pesar de no existir un protocolo estandarizado implantado en el paritorio para la realización de la episiotomía selectiva, en contra de lo afirmado en un

estudio anterior³, sí que se ha llevado a cabo un trabajo de formación al conjunto de matronas. El objetivo de dicha formación ha sido actualizar los conocimientos del colectivo sobre el nuevo paradigma de atención al parto normal⁵,6,10,14 y servir de punto de encuentro y reflexión sobre las medidas a tomar y las líneas de trabajo a seguir para adaptarse a la evidencia científica actual. Fruto de esa formación y reflexión en común del colectivo de matronas surge una voluntad de cambio que se materializa en una gran cantidad de proto-

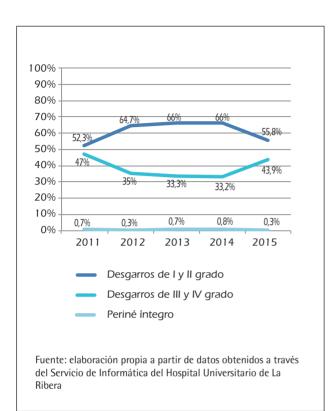


Gráfico 5. Porcentaje de perinés íntegros y desgarros en partos eutócicos sin episiotomía desde enero de 2011 a diciembre de 2015 en el Hospital Universitario de La Ribera

colos de actuación para la atención al parto normal, entre los cuales se consensúa, de forma no estandarizada, la realización de episiotomía solo cuando el profesional que atiende el parto lo considere indispensable (ya que en última instancia, cada parto es una experiencia única y la valoración de la necesidad de realizar una episiotomía es un proceso dinámico, que depende de la evolución del periodo expulsivo y de la pericia y experiencia del profesional que atiende el parto), siguiendo las recomendaciones de la "Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal" como referencia para su realización⁶.

Así pues, encontramos en el último año de estudio una tasa del 17% de episiotomías en partos eutócicos, cifra levemente superior al 12,6% de episiotomías en partos eutócicos del Hospital de Baza¹⁷ (hospital comarcal, como es el caso del Hospital Universitario de La Ribera), donde sí existe una política de episiotomía selectiva bien establecida. Estas cifras son muy inferiores al 49% tanto del Consorcio Hospital General de Valencia¹⁸ como del Hospital Materno Infantil de la ciudad de la Paz¹⁹, ambos hospitales de tercer nivel, lo que imposibilita una comparación con nuestros resultados. En cualquier caso, el Hospital Universitario de La Ribera se sitúa muy por debajo del 64.1 % de episiotomías para el conjunto de la Comunidad Valenciana¹⁵, por debajo de la última cifra de la que se tiene

referencia para el conjunto de España (43%)¹², también es inferior al 24,5% de episiotomías en partos vaginales eutócicos del estudio realizado en EE.UU. en 2004²⁰ y se encuentra muy alejado del 30% recomendado por la OMS⁵.

Además, en lo referente al número de perinés integros en partos eutócicos, se ha producido un incremento a lo largo del periodo de estudio (desde el 31% en 2011 al 44% en 2015), al iqual que ocurre en el Hospital de Baza tras la incorporación de la política de episiotomía selectiva¹⁷, donde pasan del 5,2% al 27% de perinés íntegros, cifra inferior a la actual en el Hospital Universitario de La Ribera. La cifra de desgarros de III y IV grado en partos eutócicos sin episiotomía es en ambos casos del 0,30%. En el caso del Hospital de Baza, se ha comprobado que todos ellos se han producido en posición de litotomía. En nuestro estudio no se han investigado las diferentes variables que puedan influir en la tasa de episiotomía (posición de parto, paridad, peso del recién nacido y otras). Como futura línea de investigación sería interesante relacionar los datos obtenidos con estas variables para buscar aquellas donde se pueda seguir mejorando tanto la tasa de episiotomía como el número de perinés integros. Como se expresaba al principio de este apartado, los resultados obtenidos en la disminución de la tasa de episiotomía no se relacionan con la implementación de un protocolo de episiotomía restrictiva, pero sí se pueden relacionar con un conjunto de medidas que se han implantado en el paritorio (posiciones alternativas para el periodo expulsivo, respeto de la fase pasiva del expulsivo, movilización durante todo el proceso de parto, analgesia epidural sin excesivo bloqueo motor).

Debido a la inexistencia de un protocolo escrito para la realización de episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera, cabe destacar el factor humano como factor fundamental de cambio. El interés por las nuevas tendencias de atención al parto normal, la necesidad de superación y actualización, y la búsqueda de la adaptación a las demandas de la mujer por parte de las matronas del paritorio de La Ribera han logrado acercar cada vez más los cuidados ofertados a las mujeres gestantes a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y documentos de consenso. En muchas ocasiones estos cuidados han sido iniciados por una minoría dentro del colectivo de asistentes al parto (principalmente matronas) a la que se han ido sumando el resto, en mayor o menor medida. Este fenómeno, llamado coloquialmente "efecto contagio", puede explicarse mediante la "Teoría de difusión de innovaciones"²¹. Dicha teoría explica cómo una nueva idea es aceptada y divulgada entre los miembros de un colectivo. Esta voluntad de cambio del colectivo de matronas ha inspirado la misma actitud innovadora y abierta entre las residentes que se encuentran en periodo de formación, contribuyendo a difundir el cambio de paradigma y haciéndola llegar a los miembros del colectivo con una actitud más reticente hacia el cambio.

En la actualidad, el objetivo del colectivo de matronas de La Ribera es continuar trabajando en la misma línea, contribuyendo con todos los recursos a su disposición a aumentar el confort de las mujeres y la calidad de los cuidados ofertados durante el parto. De esta forma se conseguirá avanzar no solo en la mejora del nivel de satisfacción de las mujeres con el proceso de parto, sino también en el nivel de satisfacción de los profesionales que las atienden.

Conclusiones

La adaptación del trabajo del paritorio a la evidencia científica y el cambio de modelo asistencial subsiguiente, han conseguido reducir la tasa de episiotomía en partos eutócicos hasta un 17% en 2015, muy por debajo del 30% recomendado por la OMS. Además, el Hospital Universitario de La Ribera cuenta con un escaso porcentaje de desgarros de III y IV grado, que se sitúa en la actualidad en el 0,30% del total de partos eutócicos sin episiotomía. Asimismo, ha aumentado de forma evidente el porcentaje de partos eutócicos sin episiotomía sin detrimento del número de perinés íntegros (44% en la actualidad), ya que ambos porcentajes han aumentado desde el principio del periodo de estudio hasta su final. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo y la voluntad de cambio del colectivo de matronas del Hospital Universitario de La Ribera, con la inestimable colaboración de todos los profesionales que cursan allí su formación.

Bibliografía

- Carroli G, Belizón J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión de la Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008;
 3.
- 2. John R, Scott MD. Episiotomía y traumatismo vaginal. Obstet Gynecol Clin North Am. 2005; 32:307–21.
- 3. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". Nure Inv. 2013; 10(63):1-6.
- 4. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schimied W. Episiotomía restrictiva en el parto normal. Rev Obstet Ginecol. 2007; 2(2):127-36.
- Grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra. 1996.
- 6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS:OSTEBA № 2009/01.

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190 Methods, evidence and recommendations. 2014. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3
- 8. SEGO. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto; enero 2008.
- Asociación Española de Matronas (AEM). La Carta de Madrid. Madrid: AEM; 2005.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).
 Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona:
 Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005; 293(17):2141-8.
- Dandolu V, Gaughan JP, Chatwani AJ, Harmanli O, Mabine B, Hernandez E. Risk of recurrence of anal sphincter lacerations. Obstet Gynecol. 2005; 105(4):831-5.
- Sangalli MR, Floris L, Faltin D, Weil A. Anal incontinence in women with third or fourth degree perineal tears and subsequent vaginal deliveries. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000; 40(3):244–8.
- 14. European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.europeristat.com/reports/europe-an-perinatal-health-report-2010.html
- 15. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana: Generalitat: 2009.
- 16. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid; 2016 [10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1381&L=0
- 17. Molina Reyes C, Ortiz Albarín M, Huete Morales M, Strivens Vílchez H. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. Evidentia. 2009 ene-mar; 6(25).
- Rodríguez Martínez F, Juliá Gisbert A, Celda Moret M, Muñoz Izquierdo A, Martínez Molina A. Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año2013). Matronas Hoy. 2015; 3(1):15-21.
- 19. Escobar M, González M, Aramayo G. Frecuencia del uso de la episiotomía en el servicio de obstetricia del Hospital Materno Infantil. Rev Med La Paz. 2009; 15(2).
- 20. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? Am J. Obstet Gynecol. 2009; 200(5):573.
- 21. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.





conecta con la Enfermería

www.facebook.com/ComunidadMetas

Conecta con la Enfermería y descubre Comunidad Metas, el espacio enfermero en la red creado por Grupo Paradigma, con el objetivo de que estés al día de las últimas noticias y novedades del mundo de la Enfermería.



Síguenos y serás el primero en conocer las principales noticias que afectan a tu profesión, las últimas novedades editoriales y nuestras exclusivas ofertas en libros, revistas y formación online.



Además, podrás darnos tu opinión, hacernos llegar tus sugerencias y preguntas e intervenir en los debates en los que ya participan nuestros más de 3.400 seguidores.



Y si decides convertirte en seguidor de la Comunidad Metas en Facebook, podrás participar en los **sorteos y concursos** que realizaremos de forma periódica entre todos nuestros seguidores.





Ya somos más de 3.400 seguidores



Únete a nosotros

y síguenos también en twitter www.twitter.com/ComunidadMetas



Originales

Conocimientos básicos sobre lactancia materna exclusiva en la población masculina de Vigo

- ¹ David Carlos Lago Valverde
- ² M^a del Carmen Holquín Gómez
- ³ Jorge Rouco Velasco

- ¹ Enfermero generalista, planta obstetricia. Complejo hospitalario universitario de Vigo, (CHUVI). Hospital Álvaro
- ² Enfermera generalista, planta obstetricia. Salud Castilla León.
- Sacyl. Hospital Clinico Universitario de Valladolid
- ³ Enfermero generalista, planta. Complejo Hospitalario

Universitario de Vigo, (CHUVI). Hospital Álvaro Cunqueiro.

E-mail: davidcarlos91@gmail.com

Resumen

Objetivo: valorar los conocimientos básicos sobre lactancia materna exclusiva entre la población masculina, comprendida entre los 20 y 50 años. Indagar sobre los conocimientos básicos sobre lactancia materna en relación a las variables sociodemográficas. Detectar la presencia/ausencia de información apropiada, recibida por distintos medios. Indagar acerca de la predisposición en la implicación de dicha población.

Metodología: estudio descriptivo, de corte transversal, mediante entrevista personal, anónima y voluntaria, con preguntas extraídas de una encuesta formalmente validada por expertos, en estudio previo. La población estuvo compuesta por varones, con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años.

Resultados: de los 204 varones encuestados, el 36,3% estaba entre ≥20≤30 años, el 51% entre >30≤40 años y el 12,7% entre >40≤50 años. Con nivel de estudios universitarios concluidos el 58,8% y no universitarios el 41,2%. Con hijos biológicos el 57,8% y el 42,2% sin ellos. La información sobre la lactancia materna exclusiva (LME) la han recibido de la familia, mayoritariamente, en un 72,5% y por los medios de comunicación el 16,1%.

Consideraron que favorece la LM el uso del chupete en un 64,7% y el 87,3% consideró que la LME protege al bebé de infecciones.

Conclusiones: el perfil del encuestado con mayor conocimiento sobre LME, es un varón entre 30 y 40 años, con estudios universitarios y con hijos biológicos. La predisposición en la implicación personal en dicha tarea, no es del todo satisfactoria, ya que siguen considerando que no es necesario su apoyo a la madre para el mantenimiento de la lactancia.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva: conocimientos básicos; población masculina; información; participación.

Abstract

Basic knowledge of exclusive breastfeeding among male population in Vigo, Spain

Purpose: to evaluate basic knowledge of exclusive breastfeeding among 20-50-years-old male population. To assess the association of basic knowledge of maternal breastfeeding with sociodemographic variables. To detect the presence/absence of an adequate understanding coming from different sources. To evaluate predisposition to be involved in this population.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out based on voluntary, anonymous, personal interviews including questions based on a questionnaire that was formally validated by experts in a previous study. Men aged 20 to 50 years were included.

Results: out of 204 respondents, 36.3% were ≥20 - ≤30 years old, 51% were >30 - ≤40 years old and 12.7% were >40 - ≤50 years old. Completed university education was present in 58.8% whereas 41.2% had non-university education. 57.8% had biological children whereas 42.2% did not. Information on exclusive maternal breastfeeding (EMB) had been received in most cases from family members (72.5%) and from mass media (16.1%).

64.7% of participants thought MB favored use of a pacifier, and 87.3% considered EMB protected infants against infections.

Conclusions: the profile of most well-informed men regarding EMB is a 30-40-years old man having university education and biological children. Predisposition to personal involvement in this task is not fully satisfactory, because they still think supporting mother is not needed to maintain breastfeeding.

Key words: exclusive breastfeeding; basic knowledge; men population; information; involvement.

Introducción

La lactancia materna es la forma más apropiada de alimentación de un recién nacido y una forma efectiva de promover la salud de los bebés.

Sus ventajas son múltiples, tanto para el recién nacido, como para la madre.

Entre los beneficios de la lactancia materna se encuentra la protección inmunológica, la prevención de las alergias alimentarias, y la mejora en la evolución cognitiva del niño/a, a la vez que disminuye el sangrado postparto favoreciendo la involución del útero, facilitando la eliminación de la grasa almacenada durante la gestación y reduciendo el riesgo de cáncer de mama premenopáusico en la madre.

A mediados del siglo XX, con la creación de las fórmulas adaptadas, la lactancia materna fue sustituida progresivamente por estas.

Las repercusiones del abandono no tardaron en dejarse ver, por lo que a finales de los 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a llevar a cabo investigaciones y campañas de promoción de la lactancia materna, abriendo el camino a numerosas investigaciones posteriores sobre el tema.

Como consecuencia de la caída de la incidencia de la lactancia materna en todo el mundo, la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) crearon en el año 1991 la "Iniciativa Hospital Amigos de los Niños" (IHAN), con el fin de adaptar los hospitales mediante la implantación de protocolos de actuación para la correcta promoción de la lactancia materna. Para ello establecieron "Diez pasos para una lactancia feliz" y el "Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna".

A partir de ese momento, y muy poco a poco, ha vuelto a resurgir la práctica de la lactancia materna exclusiva, como el mejor método de alimentación de los bebés en todo el mundo.

Marco teórico

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, unos 400.000 años, casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando¹.

La lactancia materna ha permitido la supervivencia de la especie en durísimas circunstancias. Tradicionalmente la mujer se ha dedicado al cuidado y educación de los hijos, aunque desde las civilizaciones más antiguas, las clases altas utilizaron nodrizas para criar a estos, dejando al varón relegado a un segundo plano en estas materias, unas veces obligado y otras con su consentimiento.

El famoso pediatra Paul Gyorgy afirmó: "La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos". Nadie puede negar lo cierta que es esta afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé, y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos.

Poco a poco, y durante el siglo XIX, con la Revolución Industrial, y sobre todo en el siglo XX, la mujer se ha ido incorporando a una sociedad laboral, en la que primaba la figura masculina, y se ha ido haciendo un hueco en dicho terreno².

Progresivamente, el hombre también ha querido entrar, en el terreno acotado históricamente a las mujeres, como es todo lo que conlleva la paternidad.

A partir del siglo XX se inició el mayor experimento nutricional a gran escala sin control previo, fue la alimentación del lactante con sucedáneos de leche materna elaborados industrialmente a partir de leche de vaca, el cual fue un gran éxito. Permitió la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, además desde los nuevos movimientos feministas, se vio como una liberación. Acabó con los problemas de las nodrizas, y los médicos la consideraron la alimentación más "científica" (se podía medir y controlar). Con todo ello surgieron enormes intereses económicos.

En muchos países más de una generación de mujeres no han amamantado, perdiéndose la cultura de la lactancia natural trasmitida de madres a hijas.

Además, en los países menos desarrollados, se produjeron cientos de miles de muertes.

En 1956 un grupo de mujeres fundó en Chicago La Liga de la Leche, que hoy día es el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia.

Gracias a grupos de apoyo (Liga de la Leche, IBFAN), organismos internacionales (OMS/UNICEF, WABA) y profesionales sanitarios (Comité de Lactancia Materna de la AEP), en las últimas décadas, muchos países han remontando sus índices de lactancia³.

Tipos de lactancia. Definición de lactancia materna exclusiva

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** considera que la lactancia materna debe ser la alimentación de un niño/a, con leche de la mujer en exclusiva, pudiendo prolongarse más allá del año⁴.

Tipos de lactancia

 Lactancia materna exclusiva o natural: consta en alimentar al bebé exclusivamente con pecho materno, sin la necesidad de introducir líquidos, ni comida sólida al bebé debido a que en esa etapa del menor la leche materna contiene todos los macro y micronutrientes necesarios para el organismo del menor.

- Lactancia materna predominante: el bebé recibe lactancia materna, pero además recibe otros líquidos como el agua.
- Alimentación con biberón: no se da el pecho al bebé, sino a través de biberón y lo que se le proporciona puede ser cualquier líquido incluida la leche materna extraída.

Recomendaciones para una buena lactancia materna exclusiva

La lactancia natural es una forma sin comparación de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos⁴.

La lactancia materna, además, contribuye a la salud y al bienestar de las madres, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la OMS y el UNICEF han recomendado:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el/la niño/a, tanto de día como de noche.
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes. Aunque estudios recientes han demostrado que el uso del chupete, después de instaurada la lactancia materna, es recomendable para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante⁵.

Hay mujeres que creen que no producen suficiente cantidad de leche o que esta es de baja calidad; que la leche materna alimenta menos que la leche artificial, o que contiene menos hierro del que necesita el recién nacido. Todo esto, da lugar a un abandono de la lactancia precoz e injustificado⁶.

Se hace necesario entonces un gran apoyo hacia la mujer para favorecer la lactancia materna exclusiva y su mantenimiento a lo largo de los primeros meses. Se han creado, para ello, numerosos documentos que apoyan la lactancia materna, como son: **1981.** Se aprobó el Código Internacional de comercialización de substitutos de leche materna. OMS-UNICEF. España se adhirió en 1993⁷.

1989. Declaración de Innocenti: "todas las madres tienen derecho a amamantar y sus hijos a ser amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años". OMS/UNICEF.

1991. "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural". Se creó la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) OMS-UNI-CEF.

En España solo 13 maternidades han obtenido el galardón IHAN.

2002. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño.

Asamblea Mundial de la Salud.

2004. Amamantamiento y uso de leche humana. AAP.

2004. Se creó el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Este plan de acción contenía los siguientes puntos:

- Reconoció la lactancia materna como prioridad de Salud Pública.
- Su abandono tiene graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medio ambiente.
- Instó a los pediatras a asumir su responsabilidad en la promoción y puesta en marcha de medidas de apoyo y al abandono de rutinas erróneas.
- Urgió a las administraciones a poner en marcha planes de actuación y recursos humanos y financieros que promovieran el amamantamiento.

Situación actual en España

La prevalencia media, en España, de lactancia materna a los 4 meses fue del 20%, con diferencias importantes entre comunidades. En el 1º mes se daba una alta tasa de abandonos, según informe técnico sobre la lactancia materna en España realizado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, en el año 20098.

El motivo de estas altas tasas de abandono ha residido en que las madres que quieren amamantar se enfrentaban a numerosos obstáculos:

- Separación del hijo tras el parto.
- Se ofrecían biberones en las maternidades.
- Los médicos y personal sanitario no recibían suficiente formación en lactancia.
- La publicidad de sucedáneos de la leche materna se exhibía por todas partes.

 Era y sigue siendo difícil la conciliación entre el trabajo y la lactancia.

En los últimos años han surgido profesionales y grupos de apoyo que promocionan la lactancia materna, y aunque con muchas dificultades, están consiguiendo algunos buenos resultados y que la sociedad vuelva a considerar la lactancia materna exclusiva como un bien para los bebés y para la sociedad de un futuro^{9,10}.

Papel del varón en la LME

Tras el parto, muchas mujeres se sienten superadas por las circunstancias; el cuidado de su bebé se hace muy duro, y su estado de ánimo puede estar en un nivel bajo. En este momento, el apoyo y la ayuda práctica del padre son muy importantes.

Obviamente el varón no puede realizar la tarea de amamantar, pero hay muchas cosas que el padre puede hacer para contribuir al bienestar de su familia. Su papel debe ser de apoyo incondicional, hacia la madre, traduciéndose esto en:

Apoyo emocional. Una madre que amamanta necesita apoyo emocional y sentirse respaldada en sus decisiones. Muchas mujeres tienden a culpabilizarse de todo lo que le ocurre a su bebé. Es importante reconocer su esfuerzo, evitar los comentarios negativos y buscar ayuda cuando sea necesario. El padre está en una posición privilegiada para filtrar opiniones e información de amigos y parientes bienintencionados, que pueden menoscabar la confianza de la madre en su capacidad de amamantar.

Ayuda práctica. Dar el pecho es lo único que solo puede hacer la madre y, en ocasiones, después de un parto difícil o una cesárea, resulta extenuante. Los primeros días para la madre son muy estresantes; está cansada, el bebé necesita mucho contacto, y demanda casi continuamente. Resulta descorazonador para muchos padres ver a su pareja todo el día con el niño al pecho, sobre todo los primeros días en que dicha demanda puede parecer agotadora. A menudo, son ellos mismos los que sugieren, ofrecerle un biberón.

El contacto piel con piel. Los bebés necesitan contacto físico tanto con la madre como con el padre. Ponerse al bebé desnudo, directamente sobre el pecho, es una sensación muy gratificante y ayuda a establecer unos lazos emocionales que durarán toda la vida. Además de ser una práctica beneficiosa para ambos participantes, la puede realizar la madre, pero también el padre¹¹.

El sueño y el colecho. Los bebés no duermen como los adultos y, probablemente, el descanso nocturno y diurno de los padres sufre cambios tras el nacimiento de un hijo. Los bebés necesitan mamar con frecuencia por la noche, sobre todo al principio, de manera que el sueño de la madre (y el del padre en menor medida) se ve interrumpido. Para la madre,

dar de mamar en la cama es generalmente lo más cómodo y su descanso se ve menos afectado. Muchas mamás lo hacen así y se duermen fácilmente tras las tomas manteniendo al bebé a su lado^{12,13}.

Respetar las decisiones de la madre. Si esta, después de recibir toda la información, ha decidido no amamantar, la pareja también debe respetar su decisión sin culpabilizarla y prestarle todo el apoyo que necesite^{14,15}.

Objetivos

Principal:

- Valorar los conocimientos básicos sobre la lactancia materna exclusiva entre la población masculina de la ciudad de Vigo, con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años.
- Indagar acerca de los conocimientos básicos sobre lactancia materna exclusiva que posee dicha población, en relación a las variables sociodemográficas.

Secundarios:

- Detectar la presencia/ausencia de información apropiada recibida por distintos medios.
- Indagar acerca de la predisposición en la implicación de dichos varones en el proceso de lactancia llegado el momento.

Metodología

Emplazamiento: Vigo (Pontevedra) 2014-2015.

Diseño: estudio descriptivo, de corte transversal.

Población de estudio: la población de estudio han sido los varones de la ciudad de Vigo, de edades comprendidas entre los 20 y los 50 años. El número de estos varones fue de 136.388, dato obtenido por el INE, según el padrón municipal.

Criterios de inclusión: los criterios de inclusión han sido:

 Aquellos varones, empadronados en la ciudad de Vigo, de entre 20 y 50 años que han deseado participar voluntariamente, en el presente estudio.

Calculo del tamaño muestral: para el cálculo del tamaño muestral se ha partido de un universo muestral (N) de 136.388 varones de entre 20 y 50 años, residentes en la ciudad de Vigo, y teniendo en cuenta las siguientes estimaciones:

- Total de población (N): 136.388.
- Nivel de confianza(1-&): 95%.
- Precisión (d): 3%.

- Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir): 5%.
- Tamaño muestral (n): 202.

El tamaño muestral necesario (n) resultante, para ser considerado representativo del total de la población, ha sido de 202 entrevistas. Finalmente fueron realizadas 204.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizó mediante entrevista personal, y a través del envío del cuestionario para su autocumplimentación, en las redes sociales, ambos procesos llevados a cabo por la propia investigadora siendo de forma anónima y voluntaria. Las preguntas de dicha entrevista/cuestionario autocumplimentado, están basadas y extractadas de unas ya existentes y formalmente validadas por expertos de la Conselleria de Sanitat y Bienestar Social de la Generalitat Valenciana (Anexo I).

Dichas preguntas fueron adaptadas para la presente investigación.

La entrevista constaba de 15 preguntas de respuesta única y cerrada.

Clasificación de las variables:

Hemos tenido en cuenta unas variables principales y otras secundarias.

- Variables principales (variables dependientes):
 - Conocimientos básicos sobre lactancia materna (preguntas 1 al 15).
- Variables secundarias (variables independientes):
 - Edad (estratificada en los siguientes intervalos):
 - ≥ 20 ≤ 30 años.
 - > 30 ≤ 40 años.
 - > 40 ≤ 50 años.
- Tener hijos biológicos o no.
- Nivel de estudios: universitario y no universitario.

Consideraciones éticas

Durante la realización del presente estudio, se respetaron en todo momento los cuatro principios de la bioética, establecidos por la Declaración de Helsinki; protegiendo y garantizando los derechos de las personas incluidas en la investigación. Estos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Mientras se realizó el estudio, y en la posterior presentación de los resultados, se ha respetado la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, protegiendo el anonimato de los participantes.

Procesamiento de los datos

Para el presente estudio se utilizó el procesador de textos Word, y para la presentación se usó Power Point, ambos para Windows 7.

Para el análisis estadístico se utilizó el procesador de datos SPSS. 15.0.

Resultados

ANÁLISIS DESCRIPTIVO. Perfil sociodemográfico

De los 204 participantes en el estudio, el 100% (n= 204) fueron varones.

El 36,3% (n= 74) tenía entre 20 y 30 años, el 51% (n= 104) entre 30 y 40 años, y el 12,7% (n= 26) entre 40 y 50 años.

El 42,2% (n= 86) de los encuestados refirió no tener hijos biológicos, mientras que el 57,8% (n= 118) sí tenían.

De todos los encuestados, el 58,8% (n= 120) refirieron tener estudios universitarios concluidos, en tanto que el 41,2% (n= 84) no estaba en posesión de ninguna titulación universitaria.

Todo ello se expone en la Tabla 1.

Tabla 1. Población de estudio			
	n (número de casos)	% (porcentaje)	
Intervalo de edad	ı	1	
≥ 20 años ≤ 30 años	74	36,3%	
> 30 años ≤ 40 años	104	51%	
> 40 años ≤ 50 años	26	12,7%	
Tener hijos			
Sí	118	57,8%	
No	86	45,2%	
Nivel de estudios			
Universitario	120	58,8%	
No universitario	84	41,2%	

Del 19,1% (n= 39) de varones que opinó que existe leche materna de mala calidad, el 41% (n=16) opinó que sí influye la dieta de la madre en la calidad de la leche. El 53,8% creyó que no influye la dieta de la madre en la existencia de leche

materna de mala calidad. Del 67,6% (n= 138) que consideró que no existe leche materna de mala calidad, el 85,5% (n= 116) opinó que sí influye la dieta de la madre (Gráfico 1).

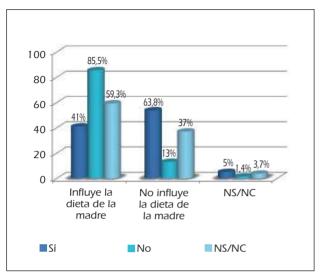


Gráfico 1. ¿Existe la leche materna de mala calidad? vs. ¿influye la dieta de la madre en la calidad de la leche?

Del 50% (n= 102) que pensó y respondió que la lactancia materna exclusiva impide el embarazo, el 70,6% (n= 72) recibió la información sobre la lactancia de la propia familia. El 10,8% (n= 22) afirmó que la lactancia materna no impide el embarazo de la madre, y obtienen la información por la familia o por otros medios y ninguno refirió recibirla por los medios de comunicación. Como se muestra en el Gráfico 2.

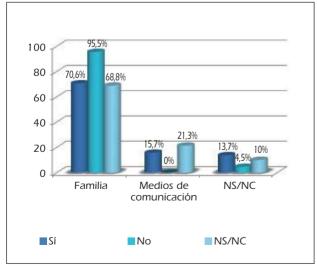


Gráfico 2. La lactancia materna exclusiva, ¿impide que la madre quede embarazada? *vs.* la información que posee sobre lactancia materna ha sido obtenida mayoritariamente a través de...

De los que opinaron que los chupetes favorecen la lactancia materna, que son un 64,7% (n= 132), 73,5% (n= 97) recibió la información de la familia. El 20,6% (n= 42) consideró que los chupetes dificultan la lactancia materna exclusiva y recibieron la información de la familia el 92,9% (n= 39). Como se muestra en la siguiente gráfica (Gráfico 3).

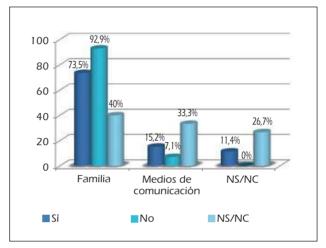


Gráfico 3. Los chupetes y la relación con la lactancia materna exclusiva *vs.* la información que posee sobre la lactancia materna ha sido obtenida mayoritariamente a través de...

De todos los que afirmaron que la lactancia materna exclusiva es beneficiosa para ambos, madre e hijo, que fueron el 74% (n= 151), de ellos el 86,1% (n= 130) consideró que la lactancia materna exclusiva favorece la relación psicoemocional entre madre e hijo, como muestra la siguiente gráfica. (Gráfico 4).

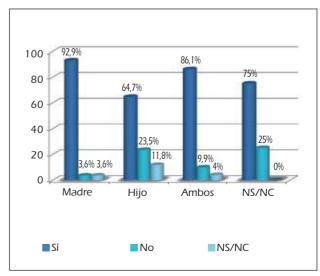


Gráfico 4. La lactancia materna exclusiva es beneficiosa para... vs. ¿la lactancia materna exclusiva favorece la relación psicoemocional entre madre e hijo?

Discusión

En el presente estudio la participación ha sido masculinaen el 100%. El perfil mayoritario de dichos varones era entre 30 y 40 años, con hijos biológicos y con estudios universitarios.

Cuando analizamos la relación existente entre la calidad de la leche materna y la dieta de la madre, se observa que los que decían que no existe leche materna de mala calidad, el 85,5% tenía claro que sí influye la dieta de la madre en la calidad de la leche. Sin embargo, el 53,8% que opinó que sí existe leche materna de mala calidad, consideró que no influye la dieta de la madre en la calidad de la leche, dato contradictorio.

Al analizar la lactancia materna a demanda, es decir, dar de mamar cada vez que el bebé tiene hambre, en relación con los horarios de alimentación de los bebés, hemos observado que hay contradicciones en las respuestas, es decir, no tienen los conceptos muy claros.

Cuando hemos analizado la información que tienen sobre la relación entre lactancia materna exclusiva y embarazo, y dónde obtuvieron la información, los resultados fueron curiosos. De los que opinaron que la lactancia materna exclusiva sí impide el embarazo de la madre, el 70,6% obtuvo esa información de la familia, pero así mismo, los que opinaron que no impide el embarazo, también obtuvieron la información de la familia en un 95,5%, eso nos hace suponer que los varones reciben la información mayoritariamente de la familia, tanto la correcta como la incorrecta.

Lo mismo ocurrió con la pregunta relacionada con los chupetes. De los que pensaron que los chupetes favorecen la lactancia materna exclusiva, el 73,5% recibió la información de la familia, por lo tanto sigue en vigor esa falsa creencia, aunque estudios recientes aconsejan su utilización una vez instaurada la lactancia materna, para evitar la muerte súbita del lactante.

Analizamos la relación entre a quién beneficia la lactancia materna exclusiva, y la relación psicoemocional entre madre e hijo, y los resultados fueron interesantes.

Curiosamente de los entrevistados que opinaron que favorece a la madre, el 92,9% creyó que la lactancia materna exclusiva favorece la relación psicoemocional entre madre e hijo. Pero así mismo opinó el 64,7% de los que pensó que es beneficiosa para el hijo. El 86,1% de los que dijeron que favorece a ambos. De ello dedujimos que independientemente de a quién creían que favorecía, la mayoría coincidieron en que favorece la relación psicoemocional entre madre e hijo, es decir crea un vínculo especial entre ellos.

Cuando realizamos las comparativas por edades, vemos que, curiosamente los más jóvenes entre 20 y 30 años siguen conservando los mismos tópicos de siempre, aunque sean desacertados. Al analizar las relaciones entre distintas pre-

guntas con respecto a los estudios que poseen, detectamos también que los que no tienen estudios universitarios siguen teniendo consideraciones erróneas. Por lo tanto, el nivel de estudios sí que ha influido para tener un mayor nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva. Ejemplo de ello es la típica pregunta sobre si la lactancia materna exclusiva impide el embarazo. De todos los que contestaron que no, el 100% eran universitarios, mientras que entre los no universitarios no hubo ninguna respuesta negativa.

Con respecto a los chupetes ocurrió lo mismo. De los que opinaron que el uso de chupetes dificulta la lactancia materna exclusiva, el 92,9% tenía estudios universitarios, así por el contrario solo el 7,1% de los que dijo que la dificultan, no tenía estudios universitarios.

Al analizar las variables en relación con si tenían o no hijos biológicos, se observó que de los que respondían "acertadamente", la mayoría tenían hijos biológicos, es decir, la experiencia también es un grado, y ayuda a la hora de tener más conocimientos sobre lactancia materna.

Ya para finalizar es preciso decir que podrían resultar eficaz potenciar, puesto que en algunas instituciones ya se está llevando a cabo, que en las clases de preparación al parto y en las maternidades en el momento del alta de la madre, estuvieran presentes los padres para poder adquirir esos conocimientos básicos y poder así, ayudar y colaborar con la madre, en esa bonita tarea, como es la alimentación del hijo.

Solo así, con información y formación, se conseguirá que los falsos tópicos que siguen subsistiendo, desaparezcan dando paso a ideas más apropiadas.

Conclusiones

De todo lo expuesto y a tenor de los datos, llegamos a la conclusión de que los varones de la ciudad de Vigo, con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, en general, no tienen conocimientos básicos apropiados sobre lactancia materna exclusiva.

El perfil de varón que tiene un mayor conocimiento y más apropiado sobre la lactancia materna exclusiva es: varón de entre 30 y 40 años, con estudios universitarios concluidos y con hijos biológicos.

Con respecto a la presencia o ausencia de información apropiada sobre lactancia materna exclusiva, se observa que la mayoría de los varones encuestados no posee información apropiada sobre este tema. Dicha información la reciben mayoritariamente de las propias familias, detectándose, carencias a nivel familiar en este sentido, ya que en su gran mayoría son los que transmiten estos conocimientos.

La predisposición que muestra la mayoría de los varones encuestados, en la implicación personal en la actividad de amamantamiento, no es del todo satisfactoria, ya que si bien, la teoría es conocida apropiadamente, un gran número de ellos, todavía considera que no es necesario su apoyo a la madre para el mantenimiento de la práctica de lactancia materna exclusiva.

Bibliografía

- Latham M. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Cap. 7. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. [citado 10 marzo 2016]; Disponible en: http//.www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm
- González Méndez I, Pileta Romero B. Lactancia materna. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2002 Mar [citado 10 marzo 2016]; 18(1):15-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100003&Inq=es
- 3. La buena leche. Lactancia materna y grupos de apoyo. Cantabria: La buena leche: Ed; 2004.
- OMS. Lactancia materna exclusiva. Geneva: WHO. [citado 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/to-pics/exclusive_breastfeeding/es/
- Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid:
 Asociación Española de Pedriatría; 2012. [citado 10 marzo 2016].
 Disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactanciamaterna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna
- 6. Lyons AJ. Factores que influyen sobre la lactancia materna. Acta Paediatr Scand (ed. esp.) 1984; 2:248–9.
- OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Geneva: WHO; 1981. [citado 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/full-code-es.html

- Lasarte Velillas JJ. Pediatra. Centro de Salud de Zuera (Zaragoza).
 Famiped. Revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). 2009; 2(4).
- Lawrence RA. H^a de la lactancia materna. En: La lactancia materna, una guía para la profesión médica. 4^a ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
- Hernández Aguilar MT. Aguayo Maldonado J. La lactancia materna, cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. [Internet] An Esp Pediatri. 2005 [citado 10 marzo 2016]; 63(4):340-56. Disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-como-promover-y-apoyar-lactancia-materna-en-pr
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España.
 An Esp Pediatr. 1999; 50:333-40.
- González SF, Cordi FR, Robledo GJA, Valdespinos CS, Vargas VJ, Said FS. El contacto temprano entre pareja-madre-hijo asociados a la lactancia materna exclusiva. Gac Med Mex 2005; (2):99-102.
- 12. Villalón H, Álvarez P. Efecto a corto plazo del contacto piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos sanos. Rev. Chilena Pediat. 1993; 64(2):124-8.
- Hernández Gamboa E. Genealogía histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enfermería Actual (Internet) 2008 [citado 10 marzo 2016];
 Disponible en: http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogíahistorica.pdf
- 14. Naranjo AM. Lactancia Materna: su reproducción en los juegos de roles. Rev Cub Med Gen Int 1998; 14(2):156-5.
- Calderón RI, Rodríguez RM, Calzada PA, Lamas AM, López MM.
 ¿Conocen nuestras madres lo suficiente sobre lactancia materna?
 MEDISAN 2006; 10(2):1.

Anexo 1: Cuestionario para la recogida de datos

Cuestionario para la recogida de datos							
Preguntas sobre calidad y composición de la leche mate	erna (pregunt	as 1 a 4	.)				
1 ¿Existe leche materna de mala calidad?					SÍ	NO	Ns/Nc
2 ¿Influye la dieta de la madre en la calidad de la leche?					SÍ	NO	Ns/Nc
3 ¿Una dieta laxante en la madre altera las deposiciones del	hijo lactante?				SÍ	NO	Ns/Nc
4 ¿La leche maternizada tiene la misma composición que la l	eche de la muj	er?			SÍ	NO	Ns/Nc
Beneficio de la lactancia materna (pregunta 5)				·		· .	
5 La lactancia materna es beneficiosa para			Madı	re	Hijo	Ambos	Ns/Nc
Preguntas sobre las ventajas de la lactancia materna (p	reguntas 6 a	8)					
6 La lactancia materna ¿impide que la madre quede embaraz	zada?				SÍ	NO	Ns/Nc
7 ¿La lactancia materna favorece la relación psicoemocional	entre madre e	hijo?			SÍ	NO	Ns/Nc
8 ¿La lactancia materna protege al niño de infecciones?					SÍ	NO	Ns/Nc
Qué opina de los chupetes en relación con la lactancia	materna (pre	gunta 9)				
9 Los chupetes	Favorecen I	a lactan	cia	Dificult	tan la l	actancia	Ns/Nc
Cuestiones generales sobre amamantamiento (pregunta	as 10 a 14)		·				
10 ¿Conviene dar agua, entre tomas, si el bebé llora?					SÍ	NO	Ns/Nc
11 ¿Se debe dar suplemento de leche artificial a los bebés que parecen insatisfechos, después de las tomas?					SÍ	NO	Ns/Nc
12 ¿Considera que se debe amamantar al bebé cuando tiene hambre y con la frecuencia deseada? (lactancia a demanda)					SÍ	NO	Ns/Nc
13 ¿Cree que es conveniente poner al lactante unos horarios	para su alimer	ntación?			SÍ	NO	Ns/Nc
14 ¿Considera mejor empezar la lactancia inmediatamente d	espués del part	to?			SÍ	NO	Ns/Nc
Obtención de la información sobre lactancia materna (μ	pregunta 15)			•			
15 La información que posee sobre lactancia materna, fue obtenida, mayoritariamente, a través de: Familiares Medios de				de cor	nunicación	Otros	
Datos sociodemográficos:							
Edad						Interva	os
						≥ 20 años ≤ 3	30 años
			> 30 años ≤ 40 años				
						> 40 años ≤	50 años
Tiene hijos biológicos:						Sí	No
Nivel de estudios			Jniversi	tario		No univ	ersitario/

- ¹ Eduardo Martínez Martín
- ² Dolores Macarro Ruiz
- ³ Paloma Martínez Galán
- ⁴ Javier Manrique Tejedor

Virus Zika y embarazo

- ¹ Matrón Hospital General de Segovia.
- ² Matrona Hospital Virgen del Puerto (Plasencia).
- ³ Matrona Hospital Virgen de la Salud (Toledo).
- ⁴ Matrón Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona).

E-mail: edumartinez25@hotmail.com

Resumen

El virus Zika (VZ) pertenece a la familia *Flaviviridae*, el mismo al que pertenecen el virus del dengue, la fiebre amarilla o la encefalitis japonesa. La enfermedad no está presente en Europa, aunque podría emerger como consecuencia de su rápido avance en el continente americano y de la expansión del vector por el mundo, incluyendo Europa.

La enfermedad por VZ presenta una sintomatología por lo general leve que puede pasar desapercibida o diagnosticarse erróneamente como dengue, chikungunya u otras patologías virales que cursen con fiebre y exantema.

También se ha relacionado con la aparición de alteraciones neurológicas en recién nacidos, como microcefalias, calcificaciones cerebrales y lesiones oculares. Como dato relevante, debemos alertar que una estimación del 80% de las personas infectadas por el VZ es asintomática. En mujeres gestantes la posibilidad de infección por VZ puede ocurrir a cualquier edad gestacional y en teoría con una morbilidad para el feto dependiendo del trimestre en que se produzca la transmisión materno-fetal. El mayor riesgo de microcefalia y malformaciones parece estar asociada con la infección Zika durante el primer trimestre.

La pertinencia de esta revisión radica en que si bien son un grupo susceptible de padecer esta infección, no constituye una población con mayor riesgo de infectarse. Sin embargo, a ellas especialmente deben ir dirigidas las recomendaciones y acciones de promoción y prevención con base en la evidencia disponible que relaciona la infección por VZ con la aparición de anomalías congénitas, siendo el primer trimestre de embarazo el periodo de mayor riesgo de afectación fetal.

Abstract

Zika virus and pregnancy

Zika virus (ZV) belongs to Flaviviridae family, also including dengue, yellow fever, and Japanese encephalitis viruses. Currently, ZV disease is not present in Europe, although it could emerge due to its quick spreading through the Americas and to the dissemination of its vector all over the world, including Europe.

ZV disease symptoms are usually mild and can even be unnoticed or be mistaken as dengue, chikungunya or other viral diseases causing fever and rash.

It has also been associated to newborn neurological abnormalities, such as microcephalus, brain calcifications and eye lesions. As a relevant finding, it should be stressed that an estimated 80% of people infected with ZV are symptom-free. In pregnant women, ZV infection can occur at any gestational age and, theoretically, fetal morbidity depends on the pregnancy trimester in which mother-to-fetus transmission occurs. Highest risk for microcephalus and malformations appears to be related to Zika infection during the first trimester.

Main relevance of the present review is due to fact that, although this is a group susceptible to infection, pregnant women do not show a higher risk of infection. However, this is the main target group for recommendations and actions to promote prevention based on available evidence indicating an association of ZV infection with congenital abnormalities, with first trimester being the period with a highest risk for fetal involvement.

Introducción

El virus Zika (VZ) pertenece a la familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus*, el mismo al que pertenecen el virus del dengue, la fiebre amarilla o la encefalitis japonesa. Fue descubierto por primera vez en 1947, en el bosque Zika en Uganda, durante estudios de vigilancia de fiebre amarilla selvática en monos Rhesus¹. La presencia del virus en humanos, considerado en un principio huésped ocasional, se constató a través de estudios serológicos en 1952² y no fue hasta 1968 cuando se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria³.

Hasta 2007 solo se habían descrito casos esporádicos en algunos países de África y Asia. El primer caso autóctono en las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua)⁴. Pero desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil⁵.

Hasta el 20 de enero de 2016 los países y territorios que han confirmado circulación autóctona de VZ son los siguientes: Brasil, Barbados, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martin, Guadalupe, Surinam, Venezuela y Bolivia. Fuera de la Región de las Américas, Cabo Verde ha detectado por primera vez casos confirmados de enfermedad por VZ⁶.

Con base en los distintos hallazgos, la Organización Panamericana de la Salud ha hecho públicas diferentes alertas epidemiológicas (mayo, noviembre y diciembre 2015)^{1,7,8} y dos actualizaciones epidemiológicas (octubre 2015 y enero 2016)^{9,10}.

La enfermedad no está presente en Europa aunque podría emerger como consecuencia de su rápido avance en el continente americano y de la expansión del vector por el mundo, incluyendo Europa¹¹. Uno de los vectores competentes para la transmisión del VZ, el *Ae. albopictus*, está presente en una parte importante del territorio español. Desde su primera detección en 2004 el vector se ha establecido en 14 provincias de siete comunidades autónomas: Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Baleares, Andalucía, País Vasco y Aragón^{12,13}.

La probabilidad de que exista transmisión del VZ en España va a depender de los siguientes factores:

- La presencia del vector en el entorno.
- La introducción del virus por un viajero infectado procedente de áreas endémicas.
- La presencia de población susceptible a la infección.
- La coincidencia en el espacio y en el tiempo de un caso importado virémico con el vector.
- La posibilidad de que el virus encuentre las condiciones favorables para su transmisión.

Estos factores están presentes en España en distinta magnitud en las zonas geográficas donde el vector competente está presente, especialmente durante los meses de mayo a octubre. La intensidad de dicha transmisión, en caso de producirse, dependerá de la abundancia del vector en cada lugar y la afluencia de personas infectadas procedentes de zonas endémicas durante los meses que el vector está activo. Dada la alta incidencia de la enfermedad en zonas endémicas con estrecha relación con España y la susceptibilidad a la

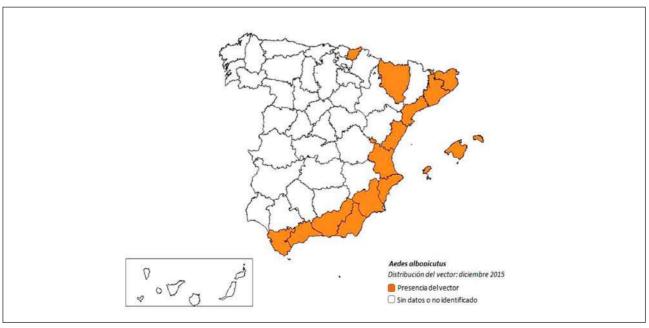


Imagen 1. Provincias con presencia del vector Aedes albopictus en España. Diciembre de 2015

infección de toda la población española, al no haber estado en contacto previo con este virus, existe un riesgo de transmisión autóctona del VZ real durante el periodo de actividad vectorial en España. El riesgo de transmisión casi desaparece durante el periodo invernal, dada la dudosa actividad vectorial durante este periodo, en todo caso asociada a las condiciones climáticas favorables que en ocasiones tienen lugar en zonas limitadas de la costa mediterránea.

Desde 2013 se han notificado seis casos importados en Europa, procedentes de Tailandia, Polinesia, Brasil y Haití^{14-16.} En España hasta febrero de 2016 se han notificado cinco casos, dos casos de Zika declarados en Cataluña y dos en Castilla y León, corresponden a viajeros que han regresado de países sudamericanos, y un caso en la Comunidad de Madrid en una mujer embarazada.

La enfermedad por VZ presenta una sintomatología por lo general leve que puede pasar desapercibida o diagnosticarse erróneamente como dengue, chikungunya u otras patologías virales que cursen con fiebre y exantema¹⁷ (Tabla 1). Los síntomas principales quedan reflejados en la Tabla 2.

El VZ puede producir síndromes neurológicos como el síndrome de Guillain-Barré (SGB), meningoencefalitis, mielitis, entre otros. También se ha relacionado con la aparición de alteraciones neurológicas en recién nacidos (RN). Las autoridades sanitarias de la Polinesia Francesa han notificado recientemente un incremento inusual de malformaciones del sistema nervioso central durante el periodo 2014-2015, coincidiendo con los brotes de VZ en la isla.

Recientemente el Ministerio de Salud de Brasil ha notificado un aumento inusual de la incidencia de microcefalia en RN

a 1. Diagnóstico diferencial	zika (flavovirus)		
Síntomas	Dengue	Chikungunya	Zika
Fiebre	++++	+++	+++
Mialgia/artralgia	+++	++++	++
Edema en extremidades	0	0	++
Rash macupapular	++	++	++++
Dolor retro-orbital	++	+	++
Conjuntivitis	0	+	++++
Linfoadenopatías	++	++	+
Hepatomegalia	0	+++	0
Leucopenia/trombocitopienia	+++	+++	0
Hemorragía	+	0	0

Tabla 2. Sintomatología en la infección por virus Zika		
Principales síntomas de infección por virus Zika		
Fiebre entre 37,2 °C y 38 °C	Mialgias y/o artralgias	
Exantema maculopapular pruriginoso	Astenia	
Conjuntivitis no purulenta	Edema en miembros inferiores	
Cefalea		
Principales síntomas de infección por virus Zika		
Dolor retro-orbitario	Anorexia	
Vómito, diarrea	Dolor abdominal	

en varios estados del noreste del país en los que también se ha detectado circulación de VZ. Así como lesiones oculares en la región macular y calcificaciones cerebrales. Aunque aún no fue establecida la relación causal con VZ, no se puede descartar esa hipótesis.

El periodo de incubación oscila entre 3 y 12 días y la duración de la sintomatología entre 2 y 7 días (31). Las infecciones asintomáticas son frecuentes y se estima que tan solo 1 de cada 4 infectados desarrolla clínica¹⁸⁻²⁰.

La transmisión del virus se produce a través de la picadura del mosquito vector. En humanos el virus se ha detectado en sangre, saliva, orina, semen y leche materna 19,21,22. Hasta la fecha no se ha documentado ningún caso de infección por VZ por transmisión sanguínea. Sin embargo, un estudio en donantes de sangre asintomáticos durante el brote del 2013-2014 en la Polinesia francesa encontró un 3% de positividad para VZ, por lo que no se puede descartar la posibilidad de transmisión a través de transfusiones sanguíneas 19. Respecto a la transmisión sexual, la evidencia existente apoya la posibilidad de transmisión por esta vía. En todo caso, no se conoce el papel que pueden jugar estos posibles modos de transmisión en la extensión de la enfermedad.

El diagnóstico de confirmación de laboratorio se basa en el aislamiento del virus o en su detección por PCR en muestra clínica²³ o a través de pruebas serológicas. El periodo virémico es corto, siendo el virus detectable en sangre aproximadamente entre el tercer y quinto día tras la aparición de síntomas¹⁷. La detección de anticuerpos IgM e IgG es posible a través de ELISA e inmunofluorescencia. Los anticuerpos pueden detectarse en suero a partir del quinto o sexto día tras el inicio de la sintomatología aunque los resultados han de interpretarse con cautela pues se han notificado falsos positivos por reacciones cruzadas producidas por otros flavivirus, en este caso sería necesaria un test de neutralización para confirmar la infección^{23,14}. En España, el Centro Nacional Microbiología tiene capacidad para la detección del VZ.

Objetivo

El propósito u objetivo de esta revisión es brindar a los profesionales de salud que asisten a mujeres gestantes, información actualizada con base en las mejores evidencias disponibles para ayudar a prevenir la infección, dar seguimiento a las mujeres embarazadas, así como notificar el caso a las autoridades sanitarias competentes.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa, para lo cual se hizo una búsqueda a través de la consulta de las siguientes bases de datos: PubMed/Medline, Uptodate, Scielo, Cuiden, Cochrane Plus y Google Académico.

Se utilizaron y combinaron los términos "Zika virus", "infection", "pregnancy" "virus Zika", "infección" y "embarazo".

Se emplearon los operadores boléanos "OR" y "AND" para combinar los distintos componentes de la búsqueda.

Para refinar la búsqueda se establecieron como límites el idioma (inglés, español y portugués) y la fecha de publicación (los últimos cinco años).

Se efectuó la identificación de los documentos para su lectura y evaluación aplicando los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 3).

Resultados/discusión

Como dato relevante, se debe alertar que una estimación del 80% de las personas infectadas por el VZ es asintomáticas^{24,25}.

En cuanto a las posibles complicaciones asociadas a la enfermedad por VZ, se ha relacionado con la aparición de alteraciones neurológicas en RN. En 2007 en las islas de Mi-

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión	
Inclusión	Exclusión
Documentos con una valoración crítica positiva sobre la calidad del estudio	Artículos cuya conclusión no se ajuste al objetivo planteado en nuestro trabajo
Estudios experimentales, observacionales, cualitativos, documentos de consenso o recomendaciones de asociaciones científicas o comités de expertos, protocolos y guías de actuación y revisiones bibliográficas	Estudios que hacen referencia a la infección por virus Zika en la población general, sin especificar las mujeres embarazadas
Documentos cuya objeto de estudio fue la infección por el virus Zika durante la gestación, sus consecuencias y la conducta a seguir	Revisiones sistemáticas o documentos de consenso sin una metodología sistemàtica o no basadas en la evidencia científica

cronesia no se describieron defectos de nacimiento en el momento del brote, tal vez debido al tamaño relativamente pequeño de la población⁴. Sin embargo, durante el periodo 2014-2015 en la Polinesia francesa fueron notificadas 17 malformaciones neurológicas en RN cuando en los años previos lo notificado estaba entre 0-2, y se hallaron anticuerpos frente a VZ en muestras de cuatro de las madres, lo que sugirió una posible infección durante el embarazo²⁰.

Recientemente Brasil ha notificado un aumento inusual de la incidencia de microcefalia en RN. Desde principios de 2015 hasta la semana epidemiológica 1 de 2016, se registraron 3.530 casos de microcefalia, incluidos 46 fallecidos. Entre 2010 y 2014, en el ámbito nacional, se registraron en promedio anual 163 casos de microcefalia²⁶. Respecto al aumento de los casos de microcefalia y/o malformaciones congénitas aún no hay notificación de otros países donde se han producido brotes de VZ. En estos momentos se están llevando a cabo investigaciones para determinar la relación entre la infección por VZ y la aparición de microcefalia en RN.

Se ha detectado la presencia del VZ en muestras de líquido amniótico de dos mujeres embarazadas con signos fetales de microcefalia. También, se verificó la presencia del genoma del VZ en muestras de tejidos y sangre de un RN fallecido y portador de microcefalia⁷. Un reciente estudio realizado por Fiocruz-Paraná confirmó la presencia del virus en placenta²⁷.

Además, las autoridades de salud brasileñas han confirmado la detección del genoma de VZ en cuatro casos de malformación congénita. Los casos corresponden a dos abortos y a dos RN a término (37 y 42 semanas de gestación respectivamente) que fallecieron en las primeras 24 horas de vida. Las muestras de tejido de ambos RN resultaron positivas para VZ^{28,29}. En EE.UU., el Departamento de Salud de Hawai ha confirmado el 15 de enero de 2016 la identificación de VZ en un RN con microcefalia cuya madre residió en Brasil en mayo de 2015³⁰.

En estos primeros meses de 2016, se ha informado sobre la detección de lesiones oculares en la región macular y calcificaciones cerebrales en tres RN con microcefalia con posible infección intrauterina por VZ. Los tres RN presentaron trastornos de pigmentación en la región macular y pérdida del reflejo foveal unilaterales. En uno de los RN se detectó además atrofia macular neurorretiniana³¹.

La transmisión materno-fetal del VZ puede ocasionar una infección congénita^{1,2,6,31}.

Hasta la fecha no se ha documentado ningún caso de transmisión de la infección por el VZ a través de la lactancia materna^{6,23}. Sin embargo, la transmisión de algunos otros flavivirus a través de la leche materna se ha descrito^{32,33}.

En mujeres gestantes, la posibilidad de infección por VZ puede ocurrir a cualquier edad gestacional³²⁻³⁴ y en teoría con una morbilidad para el feto dependiendo del trimestre en que se produzca la transmisión materno-fetal, sin embrago, hay que ser concluyentes en el hecho de que la incidencia de infección no está claramente conocida ni suficientemente controlada por este motivo, por lo que los informes y datos sobre las mujeres gestantes infectadas son muy limitados.

El mayor riesgo de microcefalia y malformaciones parece estar asociada con la infección Zika durante el primer trimestre³¹. La tasa de transmisión vertical y la velocidad a la que los fetos infectados manifiestan complicaciones son desconocidos³⁴. No existe evidencia que sugiera que las gestantes sean una población más susceptible de adquirir la infección del VZ o que se manifieste con más virulencia durante la gestación. La transmisión materno-fetal ha sido y está suficientemente documentada en cada momento evolutivo de la gestación^{4,7,8}, sin embargo el VZ que ha podido ser detectado en muestras o especímenes patológicos de pérdidas fetales o abortos no ha podido demostrar que fuera la causa de dichas pérdidas⁴.

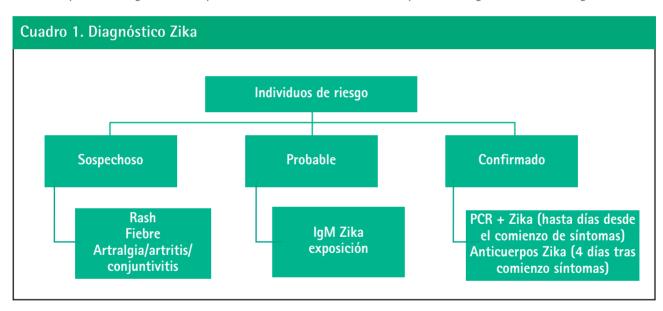
Tabla 4. Medidas de protección		
Medidas ambientales	 Desinsectación Fortalecer las acciones de ordenamiento ambiental (saneamiento, sistemas de aguas, áreas comunes de barrios y ciudades, etc.) 	
Medidas individuales	 Cubrir la piel con camisas de manga larga, pantalones y calcetines Usar mosquiteros en las camas ya sea impregnados con insecticida o no Utilizar mallas/mosquiteros en ventanas y puertas Usar repelentes recomendados por las autoridades de salud (DEET o picaridina o icaridina) (mayores niveles de seguridad para su uso durante el embarazo y lactancia) Buscar y destruir posibles focos de criaderos de mosquitos y eliminarlos en el domicilio 	
Aislamiento de pacientes	Evitar el contacto de personas infectadas (incluidas mujeres gestantes) por el VZ con mosquitos, al menos durante la primera semana de enfermedad	

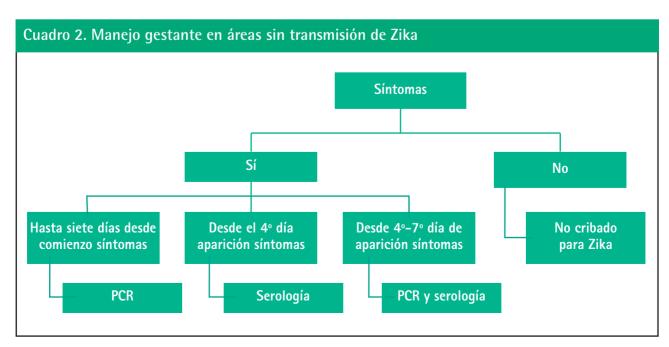
Los estudios actuales están bajo estrictas líneas de investigación, sobre todo la asociación de VZ y la microcefalia, incluyendo el papel de otros factores que también contribuyen a la aparición de microcefalia como infecciones previas o coincidentes por otros gérmenes distintos al VZ, la malnutrición, hábitos tóxicos, agentes ambientales, antecedentes genéticos, etc.). El total de agentes, el amplio espectro de factores y resultados que pueden asociarse con la infección por VZ durante la gestación, es desconocido y requiere de mucha y extensa investigación para poder poner de manifiesto la evidencia de la relación VZ/microcefalia como única etiología de esta grave malformación fetal.

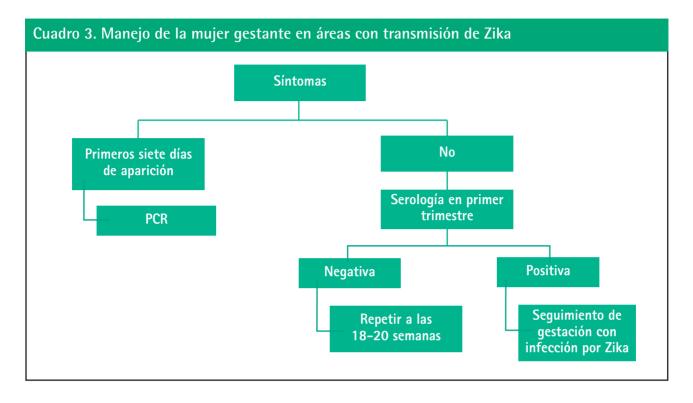
Debido a que no hay tratamiento específico contra esta infección, lo preventivo sigue siendo lo primordial. En tal sen-

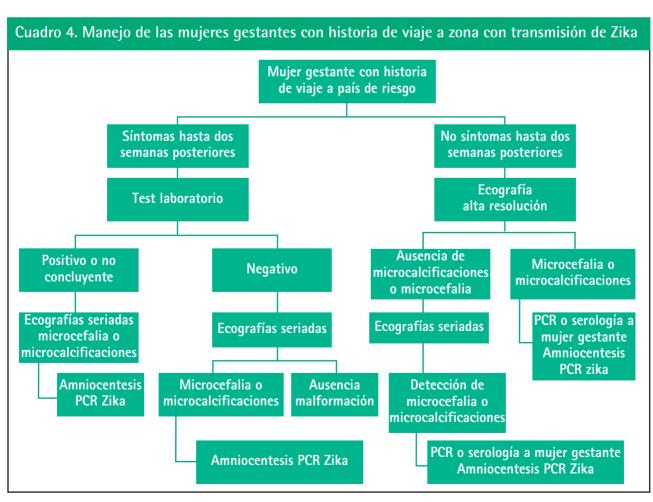
tido se debe seguir promoviendo la captación precoz de las mujeres gestantes para realizar las consultas antenatales de acuerdo a las normas nacionales y brindar información sobre las medidas ambientales e individuales para reducir el riesgo de picadura del mosquito transmisor del VZ (Tabla 4). Especial atención se debe dar a los exámenes rutinarios para sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus y rubéola, que serán relevantes en caso de necesitar confirmación etiológica ante un defecto congénito.

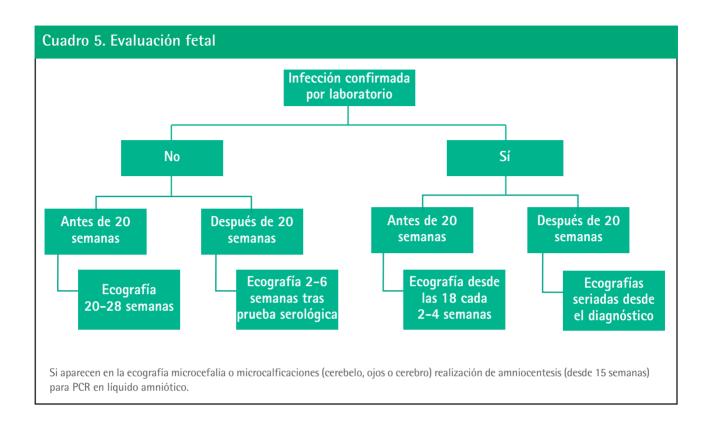
Hasta el momento, ha sido una enfermedad relativamente leve, con alcance limitado, pero su verdadero potencial como un virus y como agente de la enfermedad se desconoce actualmente. Todavía no se ha informado sobre ninguna muerte atribuida a la infección por VZ en ninguno de los brotes registrados.











Conclusiones

Existe un riesgo de introducción y transmisión autóctona del VZ en España, considerando la rápida expansión del virus por las regiones de América y la frecuente comunicación de España con estos países, por lo que es recomendable establecer una vigilancia específica de la enfermedad del VZ y difundir entre los profesionales sanitarios para que los casos importados se detecten lo antes posible para prevenir transmisiones autóctonas.

Las mujeres gestantes son un grupo susceptibles de padecerla, pero no constituye una población de más riesgo de infección. Sin embargo, a ellas especialmente deben ir dirigidas las recomendaciones y acciones de promoción y prevención con base en la evidencia disponible, que relaciona la infección por VZ con la aparición de anomalías congénitas, siendo el primer trimestre de embarazo el periodo de mayor riesgo de afectación fetal.

Es importante reforzar, a través de los servicios de Sanidad Exterior y de atención al viajero, las recomendaciones para viajeros internacionales. A pesar del aparente riesgo latente dado que el binomio ambiente/población de *Aedes Aegypti* es prácticamente desfavorable para estos últimos, hasta el punto de ser una anécdota por el momento su presencia en los ámbitos europeos, debemos estar alerta y evitar la expansión de aquellos mosquitos detectados en el área mediterránea y en otra zonas de Europa.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=d oc_view&Itemid=&gid=30076&lang=es
- 2. Dick GWA, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. II. Pathogenicity and physical properties. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1952; 46(5):521-34.
- 3. Fagbami AH. Zika virus infections in Nigeria: virological and seroepidemiological investigations in Oyo State. J Hyg (Lond). 1979; 83(2):213-9.
- Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika (ZIKAV) [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.ispch.cl/noticia/20750
- Ministério da Saúde (Brasil). Confirmação do Zika Vírus no Brasil, [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde (Brazil); 2015 [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: from: http://portal-saude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia saude/17701-confirmacao-dozika-virus-no-brasil
- Ministério da Saúde. Capo verde. Ministério da Saúde confirma infecção por Vírus Zika no concelho da Praia [Internet]. 2015 [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.minsaude.gov.cv/index.php/rss-noticias/912-ministerio-da-saude-confirma-infeccao por-virus-zika-no-concelho-da-praia

- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&tas k=doc_view&Itemid=270&gid=32404&Iang=es
- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270& gid=32286&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Infección por virus Zika [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view<emid=270&gid=32023&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/nq/index.php?option=com_docman&task=doc_view<emid=270&gid=32876&lang=es
- 11. Kirya BG, Okia NO. A yellow fever epizootic in Zika Forest, Uganda, during 1972: Part 2: Monkey serology. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1977; 71(4):300-3.
- 12. Alarcón Elbal P. Primeros hallazgos de Aedes (Stegomyia) albopictus (Skuse, 1894) en la provincia de Valencia, España. Anales de Biología. 2013; 35:95-9.
- Torrell Sorio, A, Fernández Rodríguez J. Caracterització de la població del mosquit tigre asiàtic (Aedes albopictus) a Catalunya 2008. Direcció General del Medi Natural/Generalitat de Catalunya; 2008.
- 14. Tappe D, Rissland J, Gabriel M, Emmerich P, Gunther S, Held G, et al. First case of laboratory-confirmed Zika virus infection imported into Europe, November 2013. Euro Surveill. 2014; 19(4).
- Zammarchi L, Stella G, Mantella A, Bartolozzi D, Tappe D, Gunther S, et al. Zika virus infections imported to Italy: clinical, immunological and virological findings, and public health implications. J Clin Virol. 2015; 63:32-5.
- Zammarchi L, Tappe D, Fortuna C, Remoli ME, Gunther S, Venturi G, et al. Zika virus infection in a traveller returning to Europe from Brazil, March 2015. Euro Surveill. 2015; 20(23).
- 17. Loos S, Mallet H-P, Leparc Goffart I, Gauthier V, Cardoso T, Herida M. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. Med Mal Infect. 2014; 44(7):302-7.
- Duffy MR, Chen T-H, Hancock WT, Powers AM, Kool JL, Lanciotti RS, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. N Engl J Med. 2009; 360(24):2536-43.
- 19. Musso D, Nhan T, Robin E, Roche C, Bierlaire D, Zisou K, et al. Potential for Zikavirus French Polynesia, November 2013 to February 2014. Euro Surveill. 2014; 19(14):11.

- 20. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas. [Internet]. 2015 [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: Recuperado a partir de:file:///D:/usuarios/sgilt/Downloads/2015-dic-1-cha-alerta-epi-zika-sindromeneuro.pdf
- 21. Musso D, Roche C, Nhan T-X, Robin E, Teissier A, Cao-Lormeau V-M. Detection of Zika virus in saliva. J Clin Virol. 2015; 68:53-5.
- 22. Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia. Euro Surveill 2014; 19(13).
- 23. Balm MND, Lee CK, Lee HK, Chiu L, Koay ESC, Tang JW. A diagnostic polymerase chain reaction assay for Zika virus. J Med Virol. 2012; 84(9):1501-5.
- 24. Lanciotti RS, Kosoy OL, Laven JJ, Velez JO, Lambert AJ, Johnson AJ, et al. Genetic and serologic properties of Zika virus associated with an epidemic, Yap State, Micronesia, 2007. Emerg Infect Dis. 2008; 14(8):1232–9.
- 25. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. N Engl J Med 2009; 360:2536-43.
- Centro de operaciones de emergências em saúde pública sobre microcefalias. Monitoramento dos casos de microcefalias no Brasil. Informe epidemiológico Núm. 08 Semana epidemiológica 1/2006.
- 27. ASCOM Fiocruz-Paraná. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika virus. [Internet]. Paraná; 2016 [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.icc.fiocruz.br/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus/
- 28. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. 2016. [Internet]. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=427&Itemid=41484
- 29. European Center for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment. Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic-24 Nov 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
- Confirmation of Zika infection inbaby born with microcephaly. [Internet]. Hawaii Department of Health. News Release Jan.
 2016. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://khon2.com/2016/01/15/hawaii-baby-with-birth-defect-was-infected-with-zika-virus/
- 31. Ventura CV, Maia M, Bravo-Filho V, Góis AL, Belfort R Jr. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. The Lancet. 387(10015):228.
- 32. CDC. CDC health advisory: recognizing, managing, and reporting Zika virus infections in travelers returning from Cen-

- tral America, South America, the Caribbean and Mexico. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2016. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: http://emergency.cdc.gov/han/han00385.asp
- 33. Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Poly-
- nesia, December 2013 and February 2014. Euro Surveill 2014; 19:13–6.
- 34. Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? Ultrasound Obstet Gynecol 2016; 47:6-7.



El mayor buscador de contenidos científicos actualizados específicos de enfermería de la red. Una herramienta esencial de apoyo a tu aprendizaje. La respuesta fiable a todas tus necesidades académicas y profesionales.





consultados.



y reseñables, cualquiera de los contenidos

ARTÍCULO ESPECIAL

POSICIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS EN RELACIÓN AL REAL DECRETO DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA (RD. 954/2015)

La Asociación Española de Matronas (AEM), asociación científica con representatividad en todo el territorio nacional y decana de las asociaciones de matronas de España, ante la entrada en vigor del Real Decreto 954/2015 del 23 de octubre de 2015, publicado en el BOE el pasado 23 de diciembre de 2015, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, manifiesta ante los organismos competentes su profundo rechazo al mismo, en su forma y fondo, al tiempo que solicita aclaración y alcance de la disposición adicional primera referida a las matronas.

Desde esta asociación entendemos que la JUSTIFICACIÓN de la introducción de la prescripción enfermera (y en este caso, dentro del conjunto enfermero, específicamente para matronas) debiera ajustarse a tres pilares básicos:

1. Las condiciones de formación para el desempeño

No nos parece admisible que se desprecie (o cuestione) la formación que poseemos las matronas en farmacología clínica, habiendo cumplido con la exigencia académica de la adquisición de conocimientos de farmacología clínica en nuestra formación básica como enfermeras, aumentados estos y focalizados en la asistencia a la mujer y recién nacido (RN), tras la preceptiva especialización en enfermería obstétrico ginecológica de dos cursos académicos de duración en los que, en entre otras muchas cosas, se amplía el estudio de esta disciplina.

De hecho, 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 texto recoge los objetivos fijados para las enseñanzas prácticas y clínicas relacionadas con el conocimiento de la farmacología y competencias específicas a adquirir en la formación como especialistas:

- Objetivos formativos específicos:
 - Fármacos en la gestación. Farmacología en la gestación.
 Mecanismos de acción en la madre y el feto. Utilización

- y manejo de los fármacos en el embarazo. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- Fármacos en el parto. Farmacología en el parto. Mecanismos de acción en la madre y el feto. Utilización y manejo de los fármacos en las distintas fases del parto. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- Fármacos en el puerperio y lactancia. Farmacología en el puerperio y lactancia. Mecanismos de acción en la madre y neonato. Utilización y manejo de los fármacos en el puerperio y lactancia. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- Fármacos en los problemas de salud de la gestación.
 Farmacología en la gestación. Mecanismos de acción en la madre y el feto. Utilización y manejo de los fármacos en los problemas de salud de la gestación. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- Fármacos en el parto con complicaciones. Farmacología en la parto. Mecanismos de acción en la madre y el feto. Utilización y manejo de los fármacos en el parto con complicaciones. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- Fármacos en el puerperio con complicaciones. Farmacología en el puerperio y lactancia. Mecanismos de acción en la madre y recién nacido. Utilización y manejo de los fármacos en el puerperio con complicaciones. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- Fármacos en atención a la salud sexual y reproductiva.
 Farmacología en relación a los procesos reproductivos.
 Utilización y manejo de los fármacos. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.

Competencias específicas:

 Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante la gestación, parto, puerperio en el cuidado inmediato del recién nacido y en la reanimación inmediata, de acuerdo a la legislación vigente.

- Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en consejo reproductivo, anticoncepción, ITS, de acuerdo a la legislación vigente.
- Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el climaterio y problemas ginecológicos, de acuerdo a la legislación vigente.

La O.M textualmente cita:

La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como por la Unión Europea, en la que la matrona es una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros, a través de las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo, que este programa formativo cumple con creces. La citada directiva ha sido transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico a través del 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.

La revisión de los planes de estudios de las profesiones con formación en farmacología, arroja datos interesantes que desmontan la afirmación de la carencia de los enfermeros (y matronas por añadidura) en esta disciplina frente a los ahora prescriptores autorizados por el RD: médicos, odontólogos y podólogos. Esta comparativa pone de manifiesto incluso que la formación en farmacología de los enfermeros es solamente inferior a la de los farmacéuticos, no en el caso de las matronas que está ampliada por su formación específica. Se infiere por tanto que el plan de estudios vigente para la enfermería y más específicamente para las matronas, garantizaría una formación en farmacología suficiente para

avalar la competencia específica de estas en la actividad prescriptora sin ningún otro requisito formativo.

Resulta cuando menos paradójico que los podólogos, (anteriormente especialistas enfermeros) y actualmente titulados de Grado con una formación en Farmacología Clínica Básica de 9 créditos sean reconocidos como profesionales prescriptores en este decreto, y tanto a enfermeros como a matronas, estas con una formación demostradamente superior como se observa, se les niegue el derecho de prescribir (no sabemos con claridad qué) bajo la exigencia de realizar un curso para adquirir conocimientos en farmacología y una acreditación posterior.

Recordemos que la habilitación profesional de las matronas, que no es otra cosa que la acreditación de la formación académica de los titulados universitarios para desempeñar el ejercicio profesional sobre la base de la cualificación de la educación recibida, viene siendo realizada por el colegio profesional que, en el caso de las matronas, contó con colegio profesional propio por Real Orden del 7 de mayo de 1930 en la que se concedía la colegiación oficial y obligatoria a las matronas (R.O. 28-12- 1929 a los practicantes y la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional incluía la colegiación de las enfermeras) (3) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El propio Consejo General de Enfermería dice que prescribir es una responsabilidad profesional que ha de ser asumida y aplicada. Es consecuencia de la práctica profesional para la que el enfermero/a se encuentra habilitado y de la cual forma parte activa según se contiene en la Artículo 4.7 y artículo 7.

2. Las condiciones legales

Impuestas y determinadas por la ley estatal correspondiente como se ha venido realizando en los países del entorno EU

Tabla 1. Relación de las diferentes carreras y su formación en farmacología			
Licenciatura y títulos de grado	Créditos	Asignatura	
Enfermería	9,5 (2° Curso) 4,5 (3° Curso)	Farmacología Nutrición y Dietética Farmacología Clínica	
Matrona	16 (14 de DUE + 2 en especialidad)	Farmacología, Nutrición y Dietética	
Podología	9 (1er Curso)	Farmacología	
Medicina	9 (3 ^{er} curso) 5 (5º curso)	Farmacología Farmacología Clínica	
Odontología	7,5 (2° curso)	Farmacología	
Farmacia	17 (4º curso)	Farmacología y Farmacia Clínica	

y otros, para dar un respaldo legal a la práctica habitual en la praxis clínica: la prescripción de medicamentos y productos sanitarios. Los antecedentes en Europa de esta legalización de la prescripción enfermera se remontan a la década de los 80 y en España con años de retraso, se inició con la Ley 28/2009 que modificaba la anterior normativa de 2006 sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y que en el momento presente, tras la publicación del RD 954/2015, ha quedado en la más absoluta negación.

3. Las condiciones organizativas del sistema de salud correspondiente

Según la Comisión Europea de Salud Pública, los sistemas sanitarios desempeñan un papel central en las sociedades modernas, ayudando a las personas a mantener y mejorar su salud. En el último decenio, todos los sistemas sanitarios europeos han venido enfrentándose a crecientes dificultades:

- Incremento de los costes asistenciales.
- Envejecimiento de la población y aumento consiguiente de las enfermedades crónicas y de la multimorbilidad, lo que genera una mayor demanda de asistencia sanitaria.
- Distribución desigual y escasez de profesionales de la salud.
- Falta de equidad en el acceso a la asistencia sanitaria.

La capacidad futura de los Estados miembros para prestar una asistencia sanitaria de alta calidad para todos, dependerá de que sus sistemas sean más robustos y capaces de hacer frente a los retos que se avecinan, sin dejar de ser eficientes y fiscalmente sostenibles.

Un buen número de países en los que la prescripción de matronas (y de enfermería en general) es una realidad, han dejado patente que la prescripción enfermera ha conseguido una optimización de la asistencia a la población puesto que ha descendido el retraso en la atención a los usuarios y se ha incrementado la eficiencia del uso de los recursos sanitarios, a la vez que este nivel de autonomía profesional, ha significado un valor añadido a la actividad profesional de las matronas (y enfermeros).

Los **objetivos** a lograr con la prescripción enfermera también han sido ya descritos según la experiencia de los países que nos han precedido y existe variedad y algunas confluencias en ellos:

- Solventar la situación indeseable en la que las enfermeras prescriben medicamentos de manera ilegal, ha sido el principal motor de la introducción de la prescripción enfermera.
- Facilitar acceso del paciente a los medicamentos más rápido y eficaz ya que través de su competencia como educadores

- para la Salud (EpS), mediante programas de instrucción al paciente y familia, la enfermería ha demostrado que es un elemento clave en la mejora de la adherencia al tratamiento, evitando las consecuencias negativas del incumplimiento no solo para el usuario sino para el propio SNS que no incrementará los costes por tal motivo.
- Hacer un mejor uso de las habilidades y conocimientos enfermeros, en beneficio del uso del tiempo, tanto de los profesionales de salud como de los usuarios.
- Reducir la carga de trabajo de los médicos frente a la escasez de estos, en parte como resultado de la creciente especialización de los profesionales de la salud, satisfaciendo las necesidades de medicación de pacientes en zonas remotas (en el caso de países con un número bajo de médicos aunque este no es el caso de España; de hecho y en relación con las matronas el estudio Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU--member states (2001) realizado por la EMA (Asociación Europea de Matronas), demostró que los países en los que el número de médicos era proporcionalmente mayor que el de matronas, el grado de cumplimiento de las competencias descritas en la normativa europea vigente para las matronas, era sensiblemente menor.
- Por último, y no menos importante, se ha descrito que la autorización de prescripción ha surgido en determinados países avanzados como parte del desarrollo de la enfermería de práctica avanzada conectando claramente los privilegios de prescripción con el desarrollo interno de la profesión enfermera.

A la vista del RD954/2015 publicado, la Asociación Española de Matronas considera que el cumplimiento estricto de la mencionada normativa tiene como CONSECUENCIAS:

- Alteración en la funcionalidad del sistema sanitario e incremento de los costos económicos de la atención a la población en general y a la mujer en particular en relación con las matronas, dado que muchas de las actividades que realizamos a día de hoy están fuera de la ley según el RD.
- 2. Situación de ilegalidad dado que según el decreto parece inferirse que las acciones prescriptoras colaborativas llevadas a cabo ante la falta de una legislación sobre prescripción enfermera acorde con la realidad y práctica asistencial y solventada a través de vías alternativas como la utilización de protocolos y guías clínicas, con el decreto en vigor declara nulas estas vías al no estar visadas por la autoridad ministerial, lo mismo que sucedería con los decretos autonómicos que contemplan la prescripción enfermera de rango inferior al del Real Decreto, propiamente dicho.
- 3. **Situación de inseguridad jurídica** de las matronas en relación con la prescripción y administración de medica-

mentos necesarios para el desarrollo completo y eficaz de su asistencia a la mujer en tanto que partes de la redacción de este decreto las leyes no definen con precisión las decisiones manifestadas en el texto dada la vaguedad de las expresiones del lenguaje legislativo utilizado, véase la inclusión de la disposición adicional primera cuyo título "Particularidad relativa a las matronas", no aclara si la especial idiosincrasia de la especialidad y la específica formación de las matronas permite a estas la prescripción, ni que determinados medicamentos están autorizadas a utilizar y/o prescribir en la práctica de sus funciones competenciales.

- 4. Conflicto ético de los profesionales por las consecuencias que supondría el cumplimiento estricto del RD sobre los usuarios del SNS y el conflicto moral ocasionado por incumplimiento de sus obligaciones deontológicas profesionales.
- 5. Conflictos interpersonales entre los profesionales del equipo de asistencia ante el caos que supondría la necesidad absoluta de prescripción por parte de los médicos de todas y cada una de las prescripciones y administraciones de medicamentos que hasta ahora aplicaban las matronas (y enfermeras) generándose un caos, por mor de la superioridad jerárquica, léase presiones de los gestores médicos y cargos intermedios, con las que pretendan obligar a las enfermeras a cumplir en su práctica diaria lo que el RD declara ilegal avocándola a un acto de intrusismo profesional, tipificado como delito penal que por añadidura, quedaría fuera de la cobertura del seguro de responsabilidad civil profesional.
- 6. Infravaloración y/o desprecio de las competencias y habilidades de las matronas adquiridas en su formación académica y experiencia clínica como enfermeras especialistas, reconocidas en el ordenamiento jurídico nacional y europeo, subordinándolas a la jerarquía médica.
 - Entendemos que se perpetúa con esta medida un conflicto jurisdiccional permitiendo que sean los médicos los que establezcan una división de trabajo, manteniendo una situación de subordinación de otros colectivos profesionales, véase el de matronas, en nuestro caso concreto, y en general de los enfermeros.
- 7. Agravio comparativo con colegas europeas que, sujetas a las respectivas leyes de prescripción de medicamentos de sus respectivos países, vienen desarrollando esta función prescriptora con el resultado exitoso esperado acorde con su formación especialista que incluye el conocimiento de la farmacopea a dispensar en la práctica de sus actividades en relación con la asistencia al embarazo, parto y postparto y cuidado del recién nacido normales y, en general, a la salud sexual y reproductiva de la mujer. La mayoría de los países del entorno EU y algunos otros países avanzados del mundo, han incluido la prescripción de medicamentos por matronas en sus

- directrices de organización de salud, habida cuenta de que han entendido que el rol de las matronas ha trascendido las funciones técnicas y delegadas, ya que el cuerpo profesional de matronas hemos ido adquiriendo dimensiones más amplias acordes con las necesidades sociales de una sociedad en desarrollo, hasta llegar a una profesionalización con un marco de competencias claramente definidas.
- 8. Merma en el ejercicio de atribuciones profesionales extranjeros EU que se integren en el SNS español. Dada la posibilidad de libre circulación de profesionales en la UE, según la directiva 2014/54 y el reconocimiento de títulos profesionales expedidos por los Estados miembros de la Unión Europea para ejercer en España una profesión sanitaria regulada, en aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre incorporando 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, los profesionales extranjeros matronas que se adscriban al mercado de trabajo español verán mermado el ejercicio de sus atribuciones profesionales reconocidas y ejercidas en sus respectivos países según la legislación vigente que contempla el derecho de prescripción de las matronas.
- 9. Imposibilidad de ejercer de forma autónoma las matronas en la asistencia a parto domiciliado.
- Agravio comparativo gravísimo en relación a lo legislado para podólogos.

La prescripción de matronas en otros países del entorno EU

Sirva el ejemplo de las matronas francesas, cuna de la obstetricia mundial que cuentan con una ley de prescripción desde 1873 que ha ido renovándose con el paso de los años, aunque ciertamente sus derechos de prescripción seguían siendo bien limitados hasta la promulgación de la ley de 2004 relativa a políticas de salud pública. La evolución rápida de técnicas y terapéuticas enfrentaba a las matronas en ese momento a un conflicto, a caballo entre dos obligaciones: la de proporcionar cuidados según los conocimientos del momento y los de estar limitadas en sus derechos de prescripción con una lista reducida y sin actualizar de productos.

Actualmente en Francia una legislación rigurosa, consciente y respetuosa con las matronas, contempla los derechos de prescripción de estas en el marco de las competencias definidas para ellas en el artículo L.4151-1 del Código de Salud Pública. Las matronas están autorizadas a prescribir a sus pacientes y a los recién nacidos medicamentos de una clase terapéutica de la lista establecida por el decreto del 12 de octubre 2011 en su versión modificada por el decreto de 4 de febrero de 2013.

Los anexos I y II, de la Orden de 12 de octubre 2011 modificados, fijan la lista establecida de medicamentos por clase terapéutica que una matrona puede prescribir, por un lado a la mujer y por otro al recién nacido, y aquellas que se pueden procurar para su uso profesional.

El Anexo III de la Orden establece la lista de los medicamentos clasificados como estupefacientes que las matronas pueden prescribir a sus pacientes y que puede obtener para su uso profesional.

De la misma manera, aunque más *a posteriori*, otros países han emitido sus leyes de prescripción para las matronas (se adjunta en Anexo).

Resumen

Las matronas españolas, de acuerdo con la legislación de la UE, somos aptas/os para practicar de manera autónoma sin remisión a otros profesionales de la salud, siempre que el embarazo, el parto y el recién nacido permanezcan dentro de la normalidad, y somos, asimismo, colaboradoras con otros profesionales médicos en los casos de embarazo patológico, complicaciones del parto y el puerperio. Por seguridad y alta calidad en la práctica en cualquier establecimiento, de manera autónoma e independiente, por ello, deberán ser autorizadas por la ley para prescribir medicamentos relevantes para su práctica. Además, en caso de posibles y/o reales anormalidades/complicaciones, las matronas debemos ser capaces de tomar decisiones y medidas de emergencia mientras se solicita asistencia médica.

Las matronas contamos con el reconocimiento de la OMS, de la Unión Europea y la Confederación Internacional de Matronas, que nos considera como profesionales plenamente capacitados para atender de forma autónoma la salud de la mujer.

- La Directiva 2005/36/EC en su Art. 42(2) incluye entre las actividades reguladas de la matrona la estipulación de "diagnóstico, control de embarazos normales, prescripción, exámenes, reconocimientos, conducción de partos, tomando las necesarias medidas de emergencia en ausencia de médicos.
- La definición de Matrona ICM (y otras declaraciones de posición ICM) que reconoce a las matronas la responsabilidad profesional que apoya el cuidado, asesoramiento y asistencia por parte de estas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Recomendaciones varias de la OMS.
- Declaración de Múnich (2000) en la que se insta a fortalecer el trabajo de las enfermeras y las matronas desde el convencimiento de que ambas profesiones tienen que desempeñar un papel clave y cada vez más importante para afrontar los cambios en la salud pública de nuestra era, así como en el aseguramiento de la provisión de servicios

- de salud de alta calidad, accesibles, equitativos, eficientes y sensibles, que aseguren la continuidad de cuidados y garanticen los derechos de los ciudadanos y sus necesidades cambiantes.
- La prescripción enfermera es un acto científico, ético y legal; la prescripción de matronas como acto científico está avalada por una formación suficiente para el desempeño, como acto ético por ser profesionales sanitarios sujetos a las normas éticas y deontológicas de referencia: Código Deontológico de la Organización Colegial de Enfermería del Consejo General, Código deontológico de las Matronas Españolas y el Código de Ética de la Confederación Internacional de Matronas (ICM); la legalidad que el gobierno español ha querido otorgar a la prescripción enfermera no solo no ha normalizado la situación sujeta a interpretaciones, sino que ha complicado el marco de la práctica clínica habitual de las matronas y enfermeras negando y contradiciendo normativas específicas.

Todas las declaraciones anteriores citadas, y tantos otros documentos legales sumados a la larga historia de la autonomía de la profesión de matrona, avalan la prescripción de medicamentos por parte de nuestro colectivo en beneficio de la salud de las mujeres y del sistema sanitario en el que desarrollamos la actividad.

Asumiendo que la esencia de esta ley no es la concesión de facultades ajenas a la formación, sino el reconocimiento de las que le son propias, la consolidación y potenciación de su ejercicio autónomo, sin restricciones engañosas o injustificadas sin que por ello se establezcan ni inseguridad en la asistencia sanitaria ni interferencias con otros autores, la Asociación Española de Matronas MANIFIESTA que:

 Por seguridad y alta calidad en la práctica en cualquier establecimiento, de manera autónoma e independiente, deberán ser autorizadas por la normativa española necesaria y desarrollando la Transitoria Primera del RD 954/2015 en cuestión, para prescribir medicamentos relevantes para su práctica.

Citando textualmente la Transitoria Primera "Las previsiones de este real decreto se entienden sin perjuicio de lo dispuesto en el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado, el cual atribuye a las matronas para el diagnóstico, supervisión, asistencia del embarazo, parto, posparto o de recién nacido normal, mediante los medios técnicos y clínicos adecuados" entendemos que hay sobrado fundamento para resolver este problema.

- 2. No puede admitir que un documento clave para lograr un sistema sanitario más ágil, accesible, equitativo y eficaz, se haya podido redactar con tamaña falta de claridad, contradicciones, dictámenes improvisados y desorganización de medidas a acometer, por otra parte injustas y que afectan a la solvencia profesional de las matronas.
- 3. Solicita a las autoridades competentes la necesidad de que en una futura redacción de documentos que afecten a la profesión de matrona se incluyan a las asociaciones científicas de matronas representativas del colectivo nacional en los grupos de trabajo o mesas negociadoras. Desgraciadamente los asuntos profesionales y laborales de matronas los negocian las enfermeras. Si bien de una forma teórica estaríamos representadas por el Consejo General de Enfermería, la realidad es que las matronas actualmente somos una minoría absoluta e invisible del colectivo enfermero, razones obvias por las cuales la representatividad de las matronas no es equitativa dentro del conjunto profesional de la enfermería y, por tanto, la idiosincrasia e identidad profesional específica pueda no ser analizada con la precisión que merece.

JUNTA EJECUTIVA DE LA A.E.M.

Anexo I

PRESCRIPCIÓN DE MATRONAS EN FRANCIA

Sujeto a Directiva 36/2005

JORF n°0037 de 13 de febrero 2013 Texto n°5

Decreto de 4 febrero 2013 modificando el decreto de 12 octubre 2011 fijando la lista de medicamentos que pueden prescribir las matronas y la derogación de disposiciones reglamentarias.

NOR: AFSH1303324A

La ministra de asuntos sociales y de la salud.

Teniendo en cuenta el código de la salud pública, en particular el artículo L. 4151-4.

Teniendo en cuenta el decreto de 12 de octubre de 2011, por la lista de medicamentos que pueden ser recetados por parteras y se derogan los reglamentos.

Teniendo en cuenta el dictamen de la Agencia Nacional de Seguridad del Medicamento y productos sanitarios (Ansem) de fecha 9 de enero de 2013.

Decreto:

Artículo 1

Los anexos I, II y III del decreto de 12 de octubre de 2011 mencionados son reemplazados por los anexos del presente decreto.

Artículo 2

El director general de la prestación de atención de salud es responsable de la ejecución del presente decreto y sus anexos, que serán publicados en el Diario Oficial de la República Francesa.

LISTA DE CLASES TERAPÉUTICAS O MEDICAMENTOS AUTO-RIZADOS A LAS MATRONAS PARA SU USO PROFESIONAL O SU PRESCRIPCION A LAS MUJERES

I. En primo-prescripción:

- Antiácidos gástricos de acción local y protectores gastrointestinales.
- Antisecretores gástricos:
 - Antihistamínicos H2, de preferencia la ranitidina o la famotidina.
 - Inhibidores de la bomba de protones, de preferencia el omeprazol.
- Antisépticos locales.
- Anestésicos locales:
 - Medicamentos que contengan lidocaina.
- Antibióticos por vía oral en el tratamiento curativo de primera línea de cistitis y bacteriurias asintomáticas en la mujer embarazada según las recomendaciones oficiales en vigor. Prescripción no renovable para una infección dada.
- Antibióticos por vía oral o parenteral en prevención de infecciones maternofetales en la mujer embarazada según las recomendaciones oficiales en vigor.
- Antiinfecciosos locales utilizados en el tratamiento de vulvovaginitis: antifúngicos, tricomonácidos, antibacterianos y antiherpéticos.
- Antiespasmódicos.
- Antieméticos.
- Analgésicos :
 - Paracetamol; tramadol; nefopam; asociación de paracetamol y codeína; asociación de paracetamol y tramadol; nalbufina ampollas dosis de 20 mg. La prescripción se lleva a cabo como parte de un protocolo establecido con el médico anestesiólogo-reanimador. La prescripción está limitada al inicio del trabajo de parto y una sola ampolla por paciente.
- Antiinflamatorios no esteroideos en postparto inmediato.
- Antivirales en prevención de recurrencias de herpes genital al final del embarazo.
- Anticonceptivos bajo todas las formas y vías de administración.

- Medicamentos homeopáticos.
- Laxantes.
- Vitaminas y sales minerales por vía oral.
- Ácido fólico a las dosis recomendadas en la prevención primaria de anomalías embrionarias del cierre del tubo neural.
- Tópicos con actividad trófica y protectora.
- Medicamentos de proctología; tópicos locales con o sin corticoides y con o sin anestésicos.
- Soluciones de perfusión:
 - Soluciones de glucosa en todas sus concentraciones.
 - Soluciones de cloruro de sodio isotónico al 0,9%.
 - Soluciones de gluconato de calcio al 10%.
 - Soluciones Ringer.
- Oxitócicos:
 - Productos que contengan oxitocina.
- Oxígeno.
- Medicamentos que inhiban la producción láctea.
- Mezcla equimolar de oxígeno protóxido nitroso exclusivamente en medio hospitalario y sujeta a una formación adaptada.
- Vacunas bajo forma monovalente o asociadas con las patologías siguientes: tétanos, difteria, poliomielitis, tosferina (vacuna acelular), sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, gripe, I infecciones asociadas con el virus del papiloma humano, infecciones invasiva por meningococo C.
- Inmunoglobulinas anti-D.
- Productos de sustitución. Nicotínica.
- Salbutamol por vía oral y rectal.
- II. Las matronas están autorizadas a renovar la prescripción hecha por un médico de los siguientes medicamentos:
 - Antiinflamatorios no esteroideos indicados en el tratamiento de dismenorreas, principalmente el ácido mefenámico.
 - Nicardipina, según los protocolos preestablecidos en vigor.
 - Nifédipina, según los protocolos preestablecidos en vigor.
- III. En caso de emergencia, a la espera del médico, la matrona puede prescribir y utilizar los siguientes medicamentos:

- Sucedáneos de plasma compuestos de hidroxietilalmidón en los estados de shock.
- Efedrina inyectable limitada a una ampolla de dosis de 30 mg por paciente.
- Adrenalina inyectable por vía subcutánea en caso de anafilaxia.
- Derivados nitritos, según los protocolos prestablecidos en vigor.

Anexo II

LISTA DE CLASES TERAPEUTICAS O MEDICAMENTOS AUTO-RIZADOS A LAS MATRONAS PARA SU USO PROFESIONAL O SU PRESCRIPCION A LOS RECIEN NACIDOS:

- I. En primo-prescripción:
 - Antisépticos locales.
 - Anestésicos locales:
 - Cremas o parches conteniendo una asociación de lidocaina y de prilocaina.
 - Analgésicos:
 - Paracetamol por vía oral o rectal.
 - Antifúngicos locales.
 - Colirios antisépticos, antibacterianos y antivirales sin anestésicos, sin corticoides y sin vasoconstrictores.
 - Oxígeno.
 - Vitaminas y sales minerales por vía oral:
 - La forma inyectable está autorizada para la vitamina K_1 .
 - Tópicos con actividad trófica y protectora.
 - Soluciones para perfusión:
 - Soluciones de glucosa (de toda concentración).
 - Solución de cloruro de sodio isotónica al 0,9 %.
 - Solución de gluconato de calcio al 10 %.
 - Vacunas:
 - Vacuna et immunoglobulina anti--hepatitis B.
 - BCG.
- II. En caso de emergencia, a la espera del médico, la matrona puede prescribir y utilizar los siguientes medicamentos:
- Adrenalina por vía inyectable o intratraqueal en la reanimación del recién nacido.
- Naloxona.

Anexo III

LISTA DE CLASES DE MEDICAMENTOS COMO ESTUPEFA-CIENTES AUTORIZADOS A LAS MATRONAS PARA SU USO PROFESIONAL Y SU PRESCRIPCIÓN.

Clorhidrato de morfina, ampollas inyectables de 10 mg, limitadas a dos ampollas por paciente.

Hecho el 4 de febrero de 2013.

Por la ministra y por delegación:

Por impedimento del Director General de asistencia médica:

El subdirector de recursos humanos del sistema de salud, R. Le Moign.

Decreto de 27 junio de 2006 modificado fijando la lista de dispositivos médicos que las matronas están autorizadas a prescribir.

Versión modificada por decreto del 12 octubre 2011 (JO du 20 octubre)

El Ministro de Sanidad y Solidaridad y el Ministro encargado de la Seguridad Social, de los ancianos, discapacitados y la familia.

Teniendo en cuenta el código de la salud pública, y en particular su artículo L.4151--4, Establecen:

Artículo 1

Excluyendo los productos y materiales utilizados durante

la sesión, se permiten las matronas, como parte del ejercicio de sus competencias, a prescribir a sus pacientes los siguientes dispositivos médicos:

- Cinturón de mujer embarazada de serie.
- Ortesis elásticas de compresión de miembros inferiores.
- Sonda o electrodo cutáneo perineal.
- Electro estimulador muero muscular para reeducación perineal.
- Pesabebés.
- Sacaleches.
- Diafragma.
- Copa cervical.
- Compresas, algodón, vendas elásticas, vendaje tubular de mantenimiento, sutura adhesiva y esparadrapo.
- Dispositivos intrauterinos.

Artículo 2

El Director General de la Salud, el director de hospitalización y de la organización de cuidados y el director de la Seguridad Social del Ministerio de Salud y Solidaridad son responsables, cada uno en lo que le concierne, de la ejecución de esta orden, que se publicará en el Diario Oficial de la República Francesa.

En números siguientes incluiremos la legislación sobre el derecho de prescripción de matronas en otros países europeos.

Este dosier de alegaciones ha sido remitido al Ministerio de Sanidad, Mesa Interterritorial, Defensores del pueblo autonómicos, Defensor del Pueblo Español y Defensor Europeo del Pueblo, así como a los Colegios profesionales de Enfermería.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Cierre de las Escuelas de Matronas, 1987



La primera escuela Oficial de Matronas de España se abrió en Madrid, en la conocida Clínica Santa Cristina en 1923, aunque la Real Orden que regulaba su establecimiento fue emitida el 10 de agosto de 1904. Desde esta fecha y hasta 1954 la carrera de matrona se mantuvo totalmente independiente de la de enfermería.

A partir de esta inauguración y de la orden de 1957 por la que se aprobaba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (matrona) para los ayudantes técnicos sanitarios femeninos, se fueron creando escuelas en las diferentes provincias españolas. Así, entre 1957 y 1978, se autorizaron cronológicamente a las siguientes escuelas de ATS femeninos para impartir la especialidad de matrona (Tabla 1).

En torno al inicio de la década de 1980, confluían matronas con tres formaciones diferentes:

Título de Matrona obtenido antes de 1953, aproximadamente unas 2.500 profesionales y título de ATS con especialidad en asistencia obstétrica, obtenido después de 1953, aproximadamente unas 4.000 profesionales. Posteriormente, a partir de 1977, título de diplomado en Enfermería y especialización de 12 meses en Escuela de Matronas.

Por el Decreto Ley 4/12/53 se unificaron los estudios de practicantes, enfermeras y matronas creándose la carrera única de ATS, aunque las tres ramas colegiales funcionaran de forma independiente.

La Orden Ministerial de 1/4/77 suprimió los colegios profesionales de practicantes, enfermeras y matronas unificando las tres especialidades en un colegio único de ATS, orden que fue más tarde objeto de recurso contenciosos administrativo y que concluyó con la sentencia de la Audiencia Nacional de 13 de mayo de 1980, declarando la nulidad absoluta de la misma, aunque nunca se llegó a ejecutar.

El encuadre de la carrera de Matrona como especialidad de ATS y de diplomado en Enfermería posteriormente, fue una solución desafortunada al limitar a un solo ciclo de doce meses los estudios de matrona, tiempo insuficiente para impartir las enseñanzas necesarias.

Ante esta situación, era necesario adecuar el plan de estudios a las necesidades profesionales y sociales del momento en España y previendo que la incorporación a Europa

Provincia	Fecha
Navarra	30/01/1958
Zaragoza	01/02/1958
Cruz Roja (Madrid)	28/12/1958
Casa Salud "Valdecilla"(Santander)	18/04/1958
Granada	20/06/1958
Hermandad de "Salus Infirmorum", Cádiz	20/06/1958
Valencia	20/06/1958
Barcelona (Diputación Provincial)	17/02/1959
Málaga	10/07/1961
Asturias	1961
Santiago de Compostela	13/04/1962
Vizcaya (Diputación Provincial)	23/10 /1971
Valladolid	31/08/1972
Sta. Cruz de Tenerife (Residencia Sanitara)	06/9 /1974
La Laguna (Facultad de Medicina)	27/12 1974
San Sebastián	08//11/1976
Zaragoza (Facultad de Medicina)	14/12/1976
Málaga Hospital Carlos Haya	04/08/1977
Burgos	13/10/1977
H. Clínico Madrid. U. Complutense	13/03/1978



exigiera adaptaciones de los estudios de matronas se plantea la necesidad de una carrera independiente con rango universitario. Con el apoyo de los dictámenes del comité de expertos de la OMS N°331/66, Informe F.I.G.O e Informe ICM 1972, la Asociación Nacional de Matronas. (Consejo Nacional Provisional de Matronas) se adelantó en 1981 a lo que irremediablemente pasaría (el cierre), presentando un proyecto de creación de Escuelas Universitarias de Matronas a los respectivos ministerios interesados sin que el plan fuera atendido por los organismos competentes.

En octubre de 1986 finalizó una promoción de matronas en todas las escuelas del país, tras la incorporación de España a la Europa comunitaria.

En octubre de 1987 finalizó la última promoción de matronas, siendo su titulación, en aquel momento no homologada para circular libremente como profesional por Europa, solución que tuvo que negociar el Ministerio de Educación y Ciencia con la Comisión Europea.

En noviembre de 1987 el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo constituyen un grupo de trabajo para elaborar el proyecto de directrices generales de la especialidad de matrona. Este grupo se conformó con matronas representantes de los diferentes ámbitos profesionales y liderado por la Asociación Nacional de Matronas.

En la elaboración general del proyecto se tuvieron en cuenta las directrices generales de la CEE para el reconocimiento mutuo de diplomas de matronas que se halla regulado en el Boletín Oficial de la Comunidad 80/154, 80/155, 80/156 de 11 de febrero de 1980 y la Definición Internacional de Matrona de la ICM.

Este proyecto de especialidad para matronas se presentó públicamente en el Ministerio de Educación y Ciencia, en Madrid, en marzo de 1988. A esta reunión asistieron diferentes profesionales de matronas de toda España y docentes de enfermería. Presidió la reunión el director general de Universidades y el subdirector de Especialidades de la Salud, ambos pertenecientes al Ministerio de Educación y Ciencia y se contó también con la participación de la Sra. Mary Uprichard, matrona del Reino Unido y ponente del grupo de trabajo del Comité Asesor para la formación de matronas en la CEE

El citado proyecto fue enviado para su informe técnico a diferentes escuelas de enfermería de España y a matronas prominentes del país, las cuales remitieron su parecer al Ministerios de Educación y Ciencia.

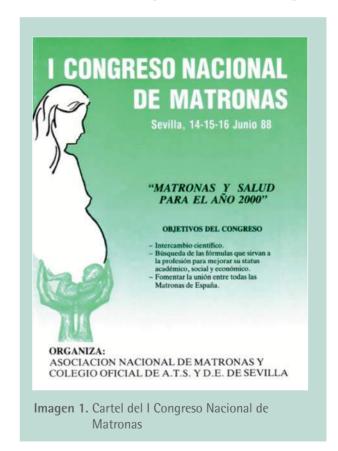
En el último trimestre de 1988 se forma definitivamente el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. Por Real Decreto 992/1987, se regula la obtención del título de enfermero especialista y se crea el Consejo Nacional de Especialidades y las Comisiones Nacionales de la Especialidades (la de matrona presidida por Dña. Mª Ángeles

Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Nacional de Matrona) a las que se autoriza a elaborar, con carácter provisional, los programas de formación de cada especialidad así como a adoptar las medidas necesarias para su implantación.

A finales de1988 se vuelve a reunir el Grupo de Trabajo de la especialidad de Matrona al objeto de efectuar los cambios encomendados por el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería en el diseño del anterior proyecto de especialidad.

En marzo de 1989 se dio por finalizado otro documento sobre la especialidad de matrona.

En todo este tiempo de reuniones, cartas y peticiones a los máximos dirigentes de los dos ministerios implicados por parte de las matronas, en cuya representación actuó la Asociación Nacional de Matronas, sobraron buenas palabras y faltó la intención de reanudar la formación de matronas hasta el extremo de la indignación de las mismas (Imagen 1).



Condena del Tribunal de Justicia de las Comunidades al Reino de España por no ajustar la formación de las matronas a la normativa

El 7 de noviembre de 1991 el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, con sede en Luxemburgo, condenó a los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y



Ciencia por incumplir la normativa europea sobre "el acceso a las actividades de matrona y el ejercicio de las mismas". Ante la falta de desarrollo del decreto sobre especialidades de enfermería, desde 1987, en España no se forma ninguna matrona.

Tras la adhesión de España a la Comunidad Europea, esta concedió, en 1986, a los ministerios de Sanidad y Educación dos años para adecuar la formación de sus matronas a la normativa europea. Cumplido ese plazo, en 1988, se cerraron las antiquas escuelas a la espera de desarrollar, por parte de los dos departamentos implicados, el Real Decreto de 1987 sobre especialidades de enfermería. Entre éstas está incluida la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Según la CE, la formación de las matronas debe tener una duración mínima de 18 meses, mientras que en España estaba situada en 12 meses. Esta situación ha generado una escasez de profesionales, que repercute negativamente en la calidad de la asistencia a las mujeres en edad fértil (Hemeroteca El País 14 /11/1991).

El abogado general Carl Otto Lenz en sus conclusiones del caso, afirma que el gobierno acusado (España) se ha mostrado poco colaborativo a lo largo del procedimiento precontencioso al no responder a la carta de emplazamiento que le envió la Comisión con fecha de 3/5/1988 ni al dictamen de 19 de abril de 1989.

Ante la evidencia de que podía ser condenado el Gobierno español presentó en Luxemburgo el 2 de julio de 1991 un Real Decreto que buscaba adaptarse a la situación comunitaria. No obstante, la desorganización y desconcierto de las autoridades españolas ha sido tal que el texto que presentaron tampoco se ajustaba a la directiva correspondiente de la CE.

La sentencia firmada por el presidente del tribunal, Sr. O'Due y ocho magistrados, fue la primera ocasión en que el Tribual de Justicia de Luxemburgo dictaba una sentencia condenatoria contra el Ministerio de Sanidad de un país comunitario (Hemeroteca ABC 15/11/91).

Reapertura de las Unidades Docentes de Matrona

Tras esta vergonzosa situación, el gobierno de España promulga la Orden de 1 de Junio de 1992 por la que se aprobó con carácter provisional el programa de formación y se establecieron los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso a la obtención del título de enfermero-especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). A partir de 1993, con periodicidad anual se convocarían plazas para cursar la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica, iniciando los estudios la primera promoción en 1994.

Sin embargo, la provisionalidad de este programa de formación ha durado curiosa y sorprendentemente 17 años, hasta la promulgación de la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, en la que se aprobó definitivamente y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).

Anexo 1. Algunas de las noticias de prensa relativas al conflicto

Jueves, 28 de noviembre de 1991

Movilización de las matronas por su especialidad

El Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea, con sede en Luxemburgo, condenó hace días a los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación por incumplir la normativa europea sobre "el acceso a las actividades de matrona y el ejercicio de las mismas". Todo ello ante la falta de desarrollo del decreto sobre especialidades de enfermería, desde 1987 no se forma ninguna matrona.

Ahora, tras una oportuna espera, el colectivo ha anunciado movilizaciones exigiendo esa regularización de su especialidad, lo que incluye una rápida apertura de las escuelas de matronas. que acabaría, entre otros, con el gran déficit de estas profesionales en toda España "y su grave repercusión tanto en la atención primaria", recalcaba Beatriz Feliu Tatay, titular de la vocalía de matronas del Colegio de ATS-DUES de Valencia y Provincia, recalcando también que "los Colegios de Profesionales de Enfermería provinciales de toda España, a través de sus vocalías de matronas se verán obligados a realizar medidas de presión, caso de que el ministro de Sanidad. Julián García Valverde, no firme en breve la orden ministerial que regule la especialidad.

Se trata de la primera sentencia condenatoria de este Tribunal contra el Ministerio de Sanidad español.

Luque

"EL YA" 25 de noviembre de 1991

Frente a Sanidad

Unidad de acción de las matronas

EP, MADRID. Las asociaciones profesionales más representantivas de las matronas españolas (SATSE, Consejo General de Enfermería y Asociación Española de Matronas) han decidido unirse "frente a la intención del Ministerio de Sanidad y Consumo de acabar con su profesión", según se señala en una nota hecha pública por las organizaciones firmantes.

Los representantes de las matronas señalaron la necesidad de que se produzca "el desarrollo de la carrera profesional como una forma de incentivación de las profesionales, basado en el desarrollo de las especialidades de enfermería".

Además, las asociaciones exigen a los ministerios de Sanidad y Educación, ante la escasez de matronas, "el inmediato desarrollo de las especialidades de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), sin que el perjuicio de que el citado proceso evite el necesario desarrollo conjunto del resto de las especialidades".





Un enfoque independiente para estar al día en el ejercicio de nuestra profesión





Recibe toda la información en tu correo electrónico Suscríbete al Boletín

Conoce nuestra nueva web Nuevo interfaz, mayor usabilidad

www.diariodicen.es

Tú también puedes <u>HACERTE OÍR.</u>

COMPARTE tu opinión con los miles de profesionales que leen cada día DICEN.

OPINA sobre las últimas noticias de la actualidad enfermera y cuéntanos tus experiencias.

En DICEN tú tienes el protagonismo.



ENTREVISTA al equipo de matronas del Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)

El hospital de especialidades de Jerez de la Frontera es un hospital público y comarcal de la provincia de Cádiz, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Ubicado en la zona sur de la ciudad, el hospital cuenta con una triple función: docente, asistencial e investigadora.

Su historia se remonta al día 28 de mayo de 1968 cuando a las doce de la noche llegó a la puerta de urgencias de la recién construida "Residencia Sanitaria General Primo de Rivera", una mujer de 33 años de edad que presentaba una amenaza de aborto. Tres horas más tarde, otra señora procedente de Setenil llegaba con un parto a término, a continuación otra mujer con un sangrado. Así comenzó la historia de aquel nuevo hospital de la carretera de circunvalación que venía a dar respuesta a las necesidades médicas y quirúrgicas de Jerez y su comarca.

Es uno de los centros gaditanos que, mediante convenio con la Universidad de Cádiz, alberga las prácticas de MIR/EIR y otras especialidades sanitarias.

Presta sus servicios a los municipios integrados en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz que comprende el Hospital de Jerez, Distrito Sierra y Distrito Costa-Noroeste. Da cobertura asistencia a un total de población de 400.000 aproximadamente, con un alto índice de población en área rural.

En el año 2015 tuvo un número de partos de 2.900.

Estructura del hospital:

La zona de maternidad situada en la primera planta del hospital cuenta con el área de partos formada por seis dilataciones (una de ellas dilatación-paritorio), dos paritorios, dos quirófanos y una sala de REA. Una consulta de urgencias obstétrico-ginecológicas con dos camas y otra consulta de monitores situada en la planta baja, para control del bienestar fetal a las mujeres gestantes a partir de 40 semanas.



Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)

El ala de maternidad situada también en la primera planta consta de 36 camas de las cuales 10 son individuales y el resto dobles. El equipo obstétrico consta de: 24 ginecólogos, 24 matronas (cinco de día y cuatro de noche) y 24 auxiliares de enfermería.

La plantilla actual del área obstétrica es la siguiente:

- 1 jefe de Unidad de Gestión Clínica.
- 1 supervisora de enfermería.
- 1 supervisora de matronas.
- 24 matronas.
- 22 enfermeras de maternidad.
- 24 auxiliares en paritorio/quirófano.
- 24 ginecólogos.
- 10 residentes de matrona (5 por año).
- 6 residentes de ginecología y obstetricia

El nivel asistencial de este hospital (Nivel II) admite la posibilidad de actuar con garantías de seguridad y ofrece requisitos técnico-sanitarios de nivel elevado.

Se entrevista a la supervisora de paritorio y a las matronas que formaban el equipo de guardia el día de la realización de esta entrevista.

Pregunta. ¿Cuál es la distribución del trabajo en este hospital? Además del paritorio, ¿las matronas tienen bajo sus cuidados otras plantas o servicios?

Respuesta. El equipo de matronas está formado por 24 matronas y una supervisora. Además, cuenta con 24 auxiliares de clínica, 24 ginecólogos, 11 enfermeras de quirófano, diez EIR de matrona (cinco por cada año) y un jefe de unidad de gestión clínica.

La distribución es la siguiente: el paritorio cuenta con un total de cuatro matronas por turno (dos en dilatación/paritorio, una en la planta de maternidad y otra en urgencias obstétrico-ginecológicas), tres auxiliares para el área parto/dilatación por turno, otra en urgencias y el equipo de quirófano compuesto por dos enfermeras y una auxiliar. Aparte hay una matrona fija de mañana que atiende de lunes a viernes consulta de registros para monitorizar a las mujeres gestantes a partir de las 40 semanas. En la planta de maternidad hay dos enfermeras por turno que llevan a todas las puérperas y pacientes ginecológicas.

Las funciones de las matronas en cada área son las siguientes:

Las matronas de dilatación/paritorio serán las encargadas de recibir a las mujeres gestantes una vez que se ha iniciado el proceso de parto, asistir todo el proceso de dilatación, el expulsivo y puerperio inmediato. También de atender al recién nacido de las cesáreas programadas, realizar el piel con piel en quirófanoy controlar las APP.

La matrona de planta controla a todas las mujeres gestantes prodrómicas, lleva las inducciones, prepara a las que tienen cesárea programada y ofrece apoyo a la lactancia.

En la consulta de urgencias la matrona recibe a las mujeres gestantes y a partir de la semana 37 de gestación en embarazos de bajo riesgo es la encargada de decidir el ingreso o el alta a domicilio de la mujer gestante. También colabora con el ginecólogo en la administración de tratamientos o intervenciones en pacientes ginecológicas o gestaciones de riesgo.

Por lo demás, no desarrollan actividades en otras áreas relacionadas con la asistencia obstétrico-ginecológica, todo lo demás (asistencia en las cesáreas, consultas de control del embarazo, de ginecología, de fertilidad...) está cubierto por personal de enfermería.

P. ¿Cuál es el sistema de registros de datos, por ejemplo, el partograma en el hospital?

R. Realizamos el registro de datos a través del programa informático DIRAYA. Todo se registra en soporte digital. Los informes, pruebas y resultados que se realiza la mujer gestante durante el embarazo quedan registrados en este programa.

En el paritorio recogemos en soporte digital los datos de la mujer gestante y realizamos una pequeña valoración inicial a su ingreso, a continuación se rellena el partograma y finalmente la hoja del parto y el recién nacido.

No disponemos de sistema central de monitorización materno-fetal.

El registro de partos se realiza manualmente en el "libro de partos" en el que anotamos los partos diarios, tipo de parto, sexo de recién nacido, test de Apgar y peso del recién nacido y digitalmente en el programa RUPINA.

Al alta se rellena la cartilla de salud del recién nacido en los que se deberán escribir manualmente todos los datos del parto (fecha, tipo de parto, hora del parto, medidas del recién nacido...).

Las matronas están contentas y tienen una visión positiva con haber sustituido el formato papel por el digital, pero también refieren que en momentos de sobrecarga de trabajo (muy frecuentes en este hospital) es difícil pararse a introducir datos en el programa informático.

P. En relación a la lactancia materna (LM), ¿se realiza algún programa específico de apoyo a las mujeres durante su estancia en el hospital?

R. Conscientes de la importancia que las maternidades tienen en el inicio y la promoción de la lactancia, el Hospital de Jerez se encuentra en proceso de acreditación para pertenecer al grupo de Hospitales Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la Lactancia (IHAN), actualmente ha superado la primera fase.

Al nacimiento se respeta el piel con piel, se promueve la lactancia de inicio precoz y el recién nacido no es separado de su madre, ya que el pediatra no asiste a los partos eutócicos de bajo riesgo. Por otra parte, hay una matrona en el área de hospitalización de maternidad dedicada a ofrecer apoyo a la lactancia e informar de todos sus beneficios. El hospital también ofrece información durante la estancia sobre grupo RE-GAZO: grupo de apoyo a la lactancia extrahospitalaria.

P. Hablando de modelo o política asistencial, ¿en qué forma ha cambiado el modelo después del año 2005 con la Carta de Madrid o con el Documento de Estrategia de Atención al Parto del Ministerio de Sanidad de 2007?

R. En el Hospital de Jerez de la Frontera el Documento de Estrategia de Atención al Parto de 2007 nos ha servido para modificar muchas prácticas que se realizaban de manera rutinaria, consideradas hoy por hoy obsoletas y sin base científica.

Intervenciones como rasurado, enema, uso de oxitocina, episiotomía y amniorrexis se realizaban a la mayoría de las mujeres gestantes, actualmente se individualiza el caso y la actuación se realiza siempre respetando los protocolos del hospital y la evidencia científica con el fin de mejorar la calidad de asistencia prestada a las mujeres. El porcentaje de cesáreas y episiotomías se ha reducido significativamente del año 2005 hasta la fecha.

Por otra parte, se ha humanizado la manera de actuar en la sala de partos, donde un parto de bajo riesgo es llevado exclusivamente por la matrona, se ofrece distintas posiciones para el expulsivo (decúbito lateral izquierdo, silla de partos...), se promueve el piel con piel, se permite acompañamiento a la mujer gestante en todo el proceso de parto, se ofrece pelotas de *bobath*, otros métodos alternativos de alivio al dolor (masajes, agua caliente, deambulación y cambios de posición, técnicas de relajación...).

En cuanto a la atención inmediata al recién nacido los cambios realizados en estos últimos años se centran en: promover el piel con piel, la no separación madre-hijo, el aseo a las 24 horas, pinzamiento tardío del cordón umbilical y posponer los procedimientos rutinarios al recién nacido con el fin de no interferir el primer contacto madre e hijo/hija. La incorporación, hace unos siete años de residentes de matrona al Hospital de Jerez, ha contribuido de manera positiva a todo este cambio.

Aún nos falta por mejorar muchos aspectos como promover más el plan de parto, permitir tomar bebidas de manera libre en la dilatación a mujeres gestantes de bajo riesgo y realizar un manejo activo del alumbramiento.

P. ¿Cuál es el perfil y la nacionalidad promedio de las mujeres gestantes que se atienden en este hospital?

R. El Hospital de Jerez de la Frontera recoge población variada. Los municipios cercanos al hospital están integrados en su mayoría por una población de clase media.

El perfil promedio de la mujer gestante atendida en nuestro hospital está representado por mujer española, con una edad media de 33 años y primípara. También atendemos un número alto de adolescentes, especialmente de etnia gitana. Entre la población inmigrante hay que destacar el porcentaje de mujeres procedentes de Marruecos y China.

P. ¿Cómo es la relación del equipo de matronas con la Dirección de Enfermería?

R. Nuestra relación con la Dirección de Enfermería es cordial y fluida. Se intenta llegar a acuerdos satisfactorios para ambas partes. Se trabaja mucho y normalmente se tienen objetivos comunes. No siempre se cuenta con el apoyo de la gerencia para todos los proyectos que se plantean, pero hasta el momento se han logrado muchos cambios.

Desde la unidad, el equipo de matronas quiere ir transfiriendo puestos de enfermeras a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, es algo que aún no se ha conseguido y llevará tiempo.

La poco favorecedora situación económica hace que los recursos sean más limitados y las dificultades mayores.

P. En relación con las incidencias de la plantilla (bajas, permisos, etc.). ¿Cuál es la política de cobertura que sequís?

R. Se cubre siempre el 100% de la plantilla mínima. En verano y navidades con varios contratos temporales, y los imprevistos que van surgiendo se intentan cubrir con el personal de la plantilla. La política de cobertura está limitada por los ajustes presupuestarios, pero siempre se intenta dar la cobertura mínima. Por otra parte, tenemos libertad para realizar cambios de turnos.

P. De la totalidad de la plantilla ¿cuál es la situación laboral de la misma?

R. La plantilla está compuesta por 24 matronas; 11 fijas y 13 eventuales.

P. La Asociación Española de Matronas promueve la reatribución de competencias que siempre fueron de las matronas y que nunca pudieron ejercer estas por falta de efectivos. Es decir, en el caso de un hospital maternal desde la primera a la última planta deberían estar a cargo de las matronas. ¿Existe alguna iniciativa para hacer realidad dichas reatribuciones a corto, medio y largo plazo en ese centro?

R. El servicio de Tocoginecología nos respeta mucho como las especialistas que somos. Como hemos dicho anteriormente, en las urgencias el triaje lo hacemos las matronas, vemos los pródromos y partos a término y de bajo riesgo, valoramos la exploración y decidimos el destino de la mujer gestante y damos el alta. En la planta de Maternidad hay también una matrona que se encarga de valorar los pródromos y roturas prematuras de membranas, preparar las cesáreas electivas, apoyar y fomentar la lactancia materna. También es la encargada de iniciar las inducciones. En el paritorio somos totalmente independientes en los partos de bajo riesgo. Con lo cual creemos que en este hospital podemos llevar a cabo muchas de las competencias que nuestra especialidad nos ofrece. Pero aún queda un campo amplio sin cubrir como es asistencia en consultas de reproducción, de control del embarazo, quirófano obstétrico-ginecológico, etc. De momento no se está llevando a cabo ninguna iniciativa, esperemos que cambien en un futuro cercano.

Agenda

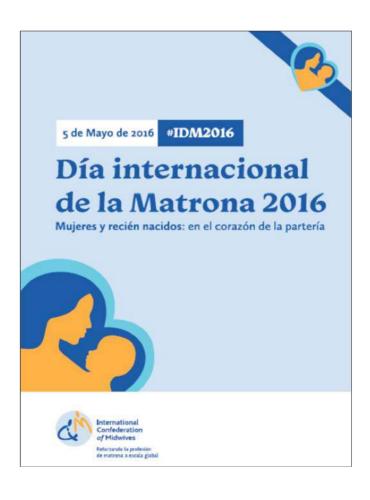
DÍA INTERNACIONAL DE LA MATRONA

A finales de la década de los 80 la Confederación Internacional de Matronas lanzó la idea a los miembros de esta confederación de establecer un día dedicado a las matronas del mundo, puesto que muchos países tenían la propia celebración nacional y así tras las pertinentes sugerencias, discusiones y aportaciones en las que, como miembro de pleno derecho participó la Asociación Española de Matronas, se estableció el "Día Internacional de la Matrona" cada 5 de mayo, lanzando normalmente la iniciativa en 1992.

Año tras año la ICM lanza una campaña especial con motivo de esta celebración a fin de que el mundo conozca el papel de las matronas, para incitarlas a involucrarse en la defensa de nuestro trabajo y estrechar los lazos con las matronas del mundo.

Este año bajo el lema "Mujeres y recién nacidos: en el corazón de la partería" nos invita a todas las matronas a aprovechar esta jornada festiva para:

- Informar a todos aquellos que tengan interés en la salud y la justicia, que las matronas son decisivas para reducir la mortalidad materna y neonatal.
- Celebrar los logros de las matronas y el progreso alcanzado en la mejora de la atención materna y neonatal y de los servicios de partería.
- Motivar a los responsables de las políticas y a los tomadores de decisiones para que implementen el cambio mediante actividades de cabildeo para obtener recursos de partería adecuados y el reconocimiento del papel de la función singular de las matronas.



Agenda - Día Internacional de la Matrona

Proponen diferentes mensajes clave a utilizar durante este día:

- Las matronas tienen una posición única para proporcionar atención respetuosa y de alta calidad que sitúa a las mujeres y recién nacidos en el centro. Esta atención profesional es una contribución significativa hacia la salud de las familias y a comunidades prósperas.
- Las matronas salvan vidas y promueven la salud y el bienestar de las mujeres y los recién nacidos a través de toda la salud continua reproductiva, materna y de los recién nacidos. Las matronas formadas de acuerdo a las normas internacionales pueden prestar el 87% del cuidado esencial necesario para mujeres y recién nacidos.
- Las matronas juegan un papel clave en la lucha de la comunidad global, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad materna y de los recién nacidos y para asegurar el acceso universal a los servicios de salud.
- Una matrona cualificada puede proporcionar el mejor acompañamiento para una mujer durante el embarazo y el parto.
- Se ha demostrado que las mujeres que tienen acceso a una matrona tienen menos partos prematuros, menos intervenciones durante el parto, estancias hospitalarias más cortas, dan de lactar más a menudo y durante más largo tiempo, usan contraconceptivos y espacian más a menudo los nacimientos.

- Ampliar este acompañamiento a todas las mujeres embarazadas salvaría cada año millones de vidas. Si todas las mujeres dieran a luz con una matrona, en un centro apto para prestar servicios de emergencia básica, se estima que se podría prevenir un 56% de muertes maternas, fetales y de recién nacidos.
- Toda mujer merece tener acceso a la atención especializada de alta calidad de una matrona con formación y cualificada. Todas las mujeres y los recién nacidos deben tener la mejor posibilidad de sobrevivir y ser felices durante el embarazo y el parto.
- Se ha comprobado que son muchos los beneficios de la atención que prestan las matronas. Sin embargo, millones de mujeres no reciben atención de una matrona o de otra ayuda profesional, ni a lo largo del embarazo ni durante el parto. Esto necesita cambiar
- La desigualdad en el acceso a la atención medica persiste; en los países en desarrollo menos del 60% de las mujeres tiene acceso a una matrona cuando dan a luz. En los países menos desarrollados esta cifra es solo el 34%.

La ICM pone a disposición de todas las matronas del mundo un paquete de recursos (también en español) que incluye pósteres, imágenes, mensajes etc. para planificar esta jornada. Disponible en: http://internationalmidwives.org/events/idotm/idm2016/dim-2016.html



Agenda

DOS MATRONAS, NUEVAS DOCTORAS

En este número podemos incluir una noticia que, como siempre, nos llena de satisfacción al comité editorial de esta revista: la consecución de un doctorado por parte de dos colegas que, habiendo hecho ya un largo camino en la profesión, su inquietud por seguir aprendiendo, su ilusión por adquirir conocimientos enriquecedores para sí, para transferir y divulgar y aplicar a su práctica habitual como matronas, les ha hecho embarcarse en esta larga y costosa tarea no exenta de gran esfuerzo y sacrificio, al tener que compaginarla con su vida familiar y laboral. Vaya por delante nuestra más sincera felicitación para esta dos nuevas doctoras que con su empeño ayudan al desarrollo de un tejido cultural y científico que, sin duda, no solo les enriquecerá personalmente, sino que se proyectará en su actividad y en la del conjunto de la profesión de matrona.

Clara Moreno Llopis, matrona del Centro de Atención Primaria de Quart de Poblet (Valencia) y licenciada en Antropología, ha defendido en la Universidad Católica de Valencia el pasado 29 de enero del 2016, su tesis a grado de doctor en Antropología titulada "Cultura del nacimiento: transmisión oral de los cuidados y creencias tradicionales. (Estudio comparativo de la cultura marroquí y valenciana)", dirigida por los doctores Raquel Sánchez Padilla y Pablo Vidal González.

La doctoranda obtuvo la nota de sobresaliente *cum laude* y la mención internacional, consideración añadida ya que el trabajo de campo, en parte, se hizo en Marruecos y una parte del marco conceptual se desarrolló en París en el L.A.S. Colegio de Francia.

Clara Moreno ha desarrollado su tesis sobre la base de que desde las civilizaciones más arcaicas, a todos los grupos humanos les ha preocupado la gestación de sus mujeres, tomando medidas para preservar el embarazo y que este llegara a buen fin evitando el tan temido aborto, y cómo las recomendaciones y cos-





Agenda - Dos matronas, nuevas doctoras

tumbres tradicionales se han ido transmitiendo oralmente de generación en generación dentro de una misma familia en el entorno sociofamiliar de la mujer grávida, dando lugar a un conjunto de cuidados y creencias ancestrales que forman, junto a las celebraciones del nacimiento, el cuerpo central de la cultura del nacimiento.

Desde este punto de partida, su trabajo ha intentado descubrir qué conocen las mujeres en edad fértil en la actualidad sobre cuidados y creencias tradicionales y cuáles son sus conocimientos de los significados, así como descubrir si se continúa en las familias y en el círculo sociolaboral de la mujer gestante, parturienta o puérpera la transmisión de estas creencias, cuidados y costumbres ancestrales y cómo influyen dichas recomendaciones populares en los cuidados que se deben dispensar, desde el sector sanitario, en las etapas que van desde la gestación al posparto, en el momento actual. Así mismo, conocer si existen cuidados y creencias similares en culturas tan diferentes como puedan ser la española y la marroquí que afiancen la tesis de la herencia mediterránea, aquella que considera el mare nostrum no como una frontera, sino como un camino de tránsito cultural de costumbres, creencias y significados.

Carmen Molinero Fraguas, matrona asistencial en el Hospital de la Paz (Madrid), profesora de la U.D de Matronas de la Comunidad de Madrid y presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona, tras conseguir su licenciatura en Antropología Social y Cultural, ha defendido el pasado 25 de enero de 2016, en la Universidad Complutense de Madrid, su tesis a grado de doctor: "Diferencias sociodemográficas y estudio epidemiológico de los resultados de gestación en mujeres inmigrantes y autóctonas", bajo la dirección de las doctoras: Da María Elisa Calle Purón y Da María Luisa Martínez Frías, obteniendo la calificación de sobresaliente *cum laude*.

En ella analiza la compleja relación existente entre salud y migración, debida a los diversos factores implicados: biológicos, sociodemográficos, culturales, económicos y adaptativos. Su trabajo profundiza en algunos de estos factores en los datos obtenidos por el ECEMC en la población de niños sanos y de niños con defectos congénitos, entre los años 1976 y 2013, a través de diferentes variables materno-paternas, obstétricas y neonatales, concluyendo, en general, que los resultados gestacionales de las mujeres inmigrantes en España, no difieren de los de las autóctonas, siendo incluso mejores, en algunos aspectos. Sin embargo, en el grupo de madres de hijos con defectos congénitos, los resultados obstétricos y neonatales son más desfavorables.

Carmen Molinero concluye en que las mujeres inmigrantes en España, deficitarias en algunos aspectos, lo compensan con el adecuado control de la gestación y parto que proporciona la sanidad española, y destaca la necesidad de hacerles llegar una información comprensible, sin barreras lingüísticas y de comunicación, para la prevención primaria de defectos congénitos y otros efectos adversos sobre la salud materno-fetal, objetivo principal de su trabajo.

Agenda

LANZAMIENTO DE INFOMatronas

La nueva junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas, bien cohesionada, sostenida por el conocimiento en asuntos de asociacionismo y representación profesional de muchas de ellas, el gran apoyo y reconocimiento de Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, que al abandonar su puesto como presidenta ha pasado a vocal para Relaciones Institucionales en esta nueva junta, y el espíritu luchador y entusiasta de todas ellas, sigue impulsado una asociación por y para las matronas, y quiere estar más cerca de ellas. Para ello han creado INFOMatronas una nueva publicación que pretende llegar a todas de matronas de España, de forma gratuita en formato online. Con una periodicidad mensual buscan divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo. Al mismo tiempo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de su elaboración. Los contenidos proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas, pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que puedan ser didácticas o aleccionadoras para los demás. Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.

Las matronas que deseen participar pueden dirigirse a: INFOMATRONAS@gmail.com y cuantas quieran recibir la revista solo tienen que solicitarlo a través de este o los correos habituales de la AEM: matronas@asociacion-nacional.com / asociacionnacional-matronas@gmail.com





Conocimiento completo, fiable y siempre actualizado



Podrás consultar todos los libros del fondo editorial DAF.



Sin la necesidad de estar conectado a Internet.



Contenidos actualizados para que puedas estar siempre al día.



Acceder a todo el conocimiento enfermero, desde cualquier lugar, de la forma más cómoda, rápida y sencilla.



Disponible para cualquier dispositivo iOS y Android





