matronas hoy

Tercera Etapa. volumen 4 Nº 3 año 2016

Revista de la Asociación Española de Matronas

ISSN: 2340-0161

Sumario

- Editorial
- La cesárea, nunca un impedimento
- Leche materna rosada por colonización por *Serratia marcescens*. A propósito de un caso
- Superando obstáculos en la lactancia materna. Caso clínico
- Mejora de la calidad asistencial a la mujer gestante mediante el uso de nuevas tecnologías
- Vacunación en la gestación y estrategia nido para la prevención de la tosferina en el lactante
- Ejercicio físico y recuperación postparto

Echando la vista atrás:

El código deontológico de las matronas españolas

Agenda:

La Asociación Española de Matronas invitada en las Jornadas "El parto humano: biología y diversidad cultural"

Formación continuada Asociación Española de Matronas. Taller de actualización en sutura perineal

Dolores Pozo Cano. Nueva doctora

XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas (Málaga, 25-27 de mayo de 2017)

DAE Difusión Avances de Enfermería

matronas 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.

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161

matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- 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

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por

Sumario • *Summary*

Vol. 4 - nº 3 diciembre 2016-marzo 2017

Editorial 4

Originales

La cesárea, nunca un impedimento 6
Gloria Navalón Catalá, Amparo Ballester Llopis, Ada Belda Pérez

Leche materna rosada por colonización por *Serratia marcescens*. A propósito de un caso 12
Dolores Macarro Ruiz, Eduardo Martínez Martín, María Alba Rodríguez Gómez

Superando obstáculos en la lactancia materna. Caso clínico 16
María José Mata Saborido, Juana María Luna Valero, María Irma Sánchez Casal, Dolores Rivas Macías

Mejora de la calidad asistencial a la mujer gestante mediante el uso de nuevas tecnologías 21
María Isabel Fernández Aranda

Revisiones

Vacunación en la gestación y estrategia nido para la prevención de la tosferina en el lactante 29
Lorena Corcuera Ortíz de Guzmán, Rocío Palomo Gómez, Patricia Gilart Cantizano, Luciano Rodríguez Díaz, Juana María Vázquez Lara

Ejercicio físico y recuperación postparto 33
María de los Ángeles Carrasco García

Echando la vista atrás

El código deontológico de las matronas españolas 40

Agenda

La Asociación Española de Matronas invitada en las Jornadas "El parto humano: biología y diversidad cultural" 45

Formación Continuada Asociación Española de Matronas. Taller de actualización en sutura perineal 48

Dolores Pozo Cano. Nueva doctora 51

XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas (Málaga, 25-27 de mayo de 2017) 52

Editorial

Queridos colegas:

Observando el cielo plomizo y sintiendo la lluvia caer sobre mí, a mi paso por las calles casi vacías de mi ciudad, no he necesitado mirar las hojas del calendario para darme cuenta de que estamos llegando a ese invierno climatológico que trae de la mano una nueva Navidad, el cierre de un año en el que la incertidumbre ha sido el común denominador nacional y un nuevo número de esta revista que, gracias a tantos cuantos colaboramos en ella con ilusión, está desarrollándose fuerte y avanza con paso seguro.

Mientras deambulaba, iba repasando la clase que acababa de dar a las residentes de matrona que introduje con un pensamiento de Kierkegaard, que dice que *"la vida solo puede ser comprendida mirando hacia atrás, pero ha de ser vivida mirando hacia adelante"*. Imagino que el hecho de interesarme por la historia de la obstetricia, que ha caminado por siglos de la mano de las matronas, me proporciona una amplia perspectiva histórica de una profesión que, sin duda, integró el primer equipo de salud de la humanidad en el que la partera atendía a las mujeres con responsabilidades, destrezas y actitudes propias.

Los antropólogos hablan de que la actividad de la partería incluso se remontarían a antes de los 200.000 años en que apareció nuestra especie, y en todos esos siglos pasados la profesionalización de nuestros cuidados, con sus luces y sombras, han sido indispensables para la evolución humana.

Paradójicamente desde hace tiempo venimos asistiendo a interferencias y críticas tan crueles como injustas hacia nuestra profesión de parte de gente audaz en la mayoría de los casos e interesada siempre, que solo pretende hacerse un hueco en un área de cuidados para la que las matronas estamos totalmente capacitadas y exclusivamente autorizadas a prestar asistencia profesional integral.

Hasta puedo entender que estos "cantos de sirena" puedan engañar a ciertas/os usuarias/os, e incluso a profesionales matronas, que por la ingenuidad de los pocos años, el desconocimiento de la historia propia y la bonanza de la que disfrutamos en la asistencia materno infantil tras un largo camino de trabajo de los que nos han precedido en la práctica de la Obstetricia, den pábulo a ciertos, llamémosles, charlatanes/as con visos de preocupación, aunque esta sea más por lucrarse, de alguna manera, a cuenta de la asistencia al parto y nacimiento, que por la mejora posible y realista de la misma.

Por eso creo que mirando hacia adelante en nuestra profesión para no errar la dirección, hay que seguir a la vez ojeando por el "retrovisor" para conocer y juzgar el desarrollo de la profesión, comparando diferentes épocas y sociedades y analizando situaciones históricas para conocer las causas y sus consecuencias. Esa mirada hacia atrás significa sumergirse en la historia de la profesión para desarrollar la conciencia profesional y el espíritu crítico y algo tan importante como imprescindible: el sentido de identidad profesional en un marco de trabajo honesto y reflexivo, como vía cardinal para contribuir a la mejora de la calidad tanto del desempeño profesional de las ya matronas, como de la formación de los futuros profesionales.

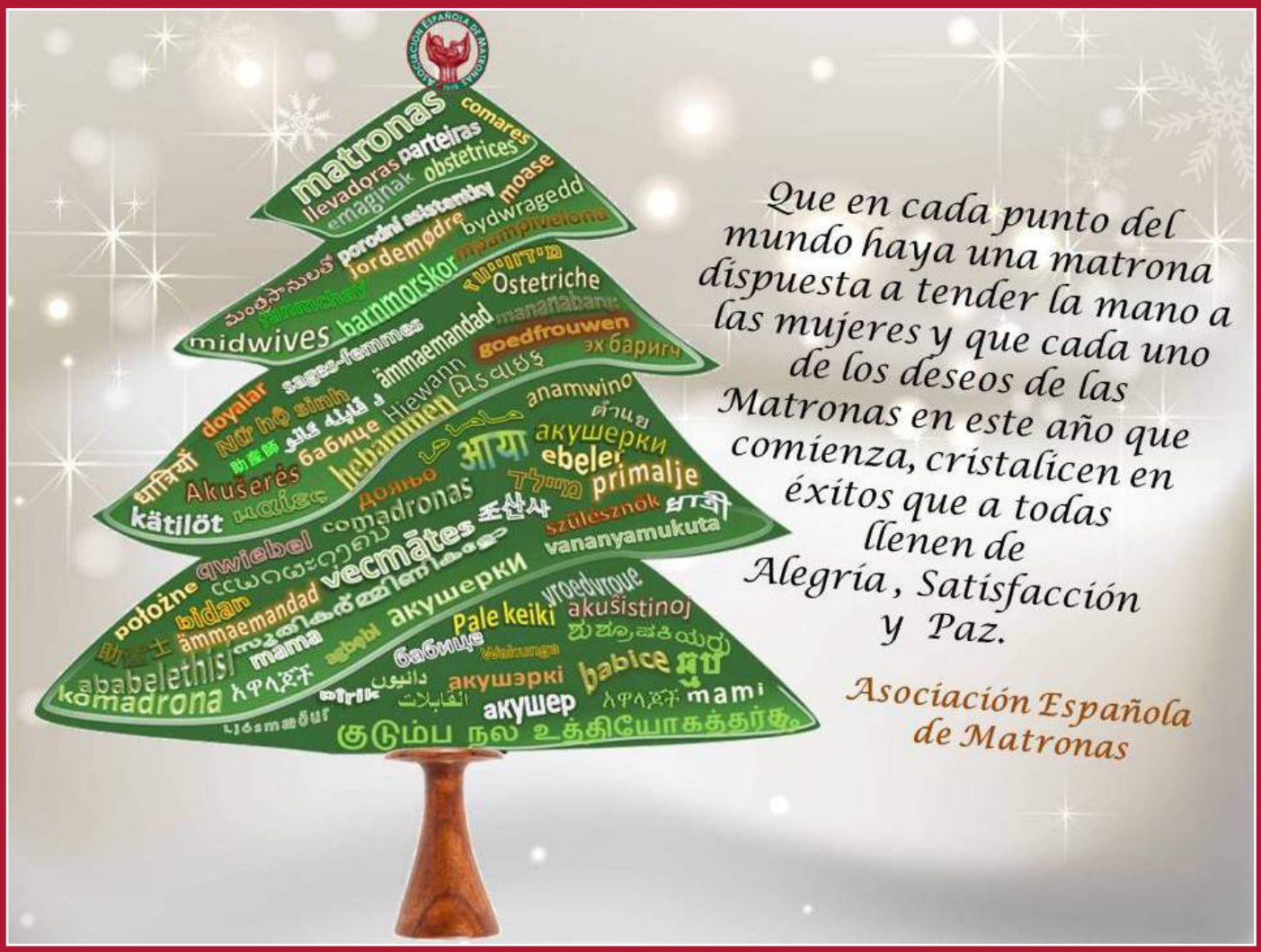
Mi deseo para todo el colectivo para este año que comienza es que cada día defendamos con fortaleza, integridad, espíritu crítico y un ejercicio impecable, una profesión de la que podemos estar orgullosas y a la que cada uno debemos nuestro "empuje particular".

Ilusión y confianza, trabajo y empeño aderezado con un buen chorro de la valentía para conseguir cuanto nos propongamos, creo que puede ser un buen cóctel con el que hacer el brindis por el año 2017 que estrenaremos.

¡Por todas las matronas del mundo!

Rosa Mª Plata Quintanilla
Directora de Matronas Hoy

Nuestros deseos para el próximo año



La cesárea, nunca un impedimento

[1] Gloria Navalón Catalá
[1] Amparo Ballester Llopis
[2] Ada Belda Pérez

[1] Matrona. Hospital La Ribera (Alzira-Valencia).
[2] Residente de Matrona Hospital La Ribera (Alzira). Unidad Docente de la Comunidad Valencia.

E-mail: glonaca88@gmail.com

Resumen

Introducción: la guía *"Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth"*, la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad y Consumo y la *Guía de Estrategia al Parto Normal de la Comunidad Valenciana*, entre otros documentos de consenso, concluyen que el contacto piel con piel es beneficioso para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Asimismo, recomiendan iniciar el mismo inmediatamente después del parto, ya sea vaginal o mediante cesárea.

En el Hospital de la Ribera (Alzira, Valencia), en enero de 2014, se implanta el puerperio inmediato tras cesárea en el paritorio, permitiendo así el contacto piel con piel con la madre lo más precozmente posible a la salida del quirófano y el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida. Anteriormente a 2014, tras la cesárea las mujeres puérperas quedaban en la sala de reanimación quirúrgica, separadas de sus recién nacidos hasta que recibían el alta a sala de maternidad.

Objetivo: valorar el efecto beneficioso sobre el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento al alta en mujeres que realizan el puerperio inmediato en paritorio tras cesárea, en comparación con aquellas que llevaron a cabo el puerperio en la sala de reanimación quirúrgica.

Método: estudio descriptivo observacional de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron todas las mujeres gestantes con edad gestacional mayor de 34 semanas con deseo de lactancia materna a las que se les practicó una cesárea.

Se recogieron datos de las historias clínicas informatizadas y se dividieron en dos grupos: cesáreas realizadas desde enero de 2012 a junio de 2013 (puerperio inmediato en la sala de reanimación quirúrgica) y cesáreas realizadas desde enero de 2014 hasta junio de 2015 (puerperio inmediato en el paritorio).

Resultados: la muestra total fue de 809 cesáreas, 433 pertenecientes al primer periodo de estudio y 376 al segundo. Previo a la aplicación del protocolo, la tasa de lactancia materna al alta era de un 72%. Tras la implantación del mismo, el 77% de las mueres puérperas realizó el contacto piel con piel en paritorio y un 68% inició la lactancia materna en las dos primeras horas. Al alta un 85% de ellas seguía con lactancia materna, siendo un 10% la tasa de abandono y un 5% la tasa de lactancia mixta.

Abstract

Cesarean section, never a hindrance

Introduction: *the guidelines "Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth", by the Spanish Ministry of Health and Consume and the "Guidelines for an strategy for a normal childbirth" in the autonomous region Valencian Community, among other consensus papers conclude that skin to skin contact provides a benefit to star and maintain breastfeeding. This is recommended to be initiated immediately after childbirth (vaginal birth or C-section).*

In January 2014, Hospital de la Ribera (Alzira, Valencia, Spain), started an immediate postpartum contact after C-section in the delivery suite, allowing skin to skin contact with the mother as soon as possible after leaving the operating room and starting breastfeeding in the first hour of life. Before 2014, after C-section women were in the surgical recovery room and could not be in contact with the newborn until being discharged to the maternity ward.

Purpose: *to value the favorable impact on the initiation and maintenance of breastfeeding after discharge in women having an immediate postpartum contact in the delivery suite after C-section, compared to those having the contact in the surgical recovery room.*

Methods: *a retrospective observational cohort study including all pregnant (> 34 weeks) women wishing to initiate breastfeeding and having a C-section.*

Data from computerized medical records were collected and classified into two groups: C-sections performed from January 2012 to June 2013 (immediate postpartum contact in the surgical recovery room) and C-sections performed from January 2014 to June 2015 (immediate postpartum contact in the delivery suite).

Results: *the overall sample included 809 C-sections, 433 belonging to the first period and 376 from the second period. Prior to the protocol implementation, breastfeeding rate after discharge was 72%. After protocol implementation, 77% of women performed a skin con skin contact in the delivery room and 68% started breastfeeding in the first two hours.*

At discharge, 85% of women maintained breastfeeding, with withdrawal rate being 10% and mixed feeding rate being 5%.

Discusión: tras el análisis estadístico de los datos, se observó significación estadística entre el hecho de realizar el contacto piel con piel durante las primeras horas de vida y el inicio de la lactancia materna. Por otro lado, no se encontró significación estadística entre el contacto piel con piel y la lactancia materna al alta, aunque sí se observa un aumento importante de la tasa de lactancia materna al alta. Por último, se observó una disminución del porcentaje de abandonos de lactancia materna tras la aplicación del protocolo.

Conclusiones: siguiendo las recomendaciones que ofrece la evidencia científica sobre la importancia del contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida para el establecimiento con éxito de la lactancia materna, y tras la aplicación del Protocolo de Puerperio Inmediato tras Cesárea Programada/Urgente de bajo riesgo en el hospital, se observó que realizar el puerperio inmediato de las cesáreas en el paritorio e iniciar el contacto piel con piel en las primeras horas de vida del recién nacido es beneficioso tanto para el inicio y como para el mantenimiento de la lactancia materna al alta.

Por otro lado, las mujeres y sus parejas han manifestado la gran satisfacción que supone realizar el vínculo con el recién nacido de forma inmediata tras la cesárea, especialmente, aquellas mujeres a las que se les realizó otra cesárea con anterioridad.

Palabras clave: contacto piel con piel; cesárea; puerperio; lactancia materna.

Discussion: *statistical analysis showed a statistically significant associations of skin to skin contact in the first hours with the initiation of breastfeeding. On the other hand no statistically significant association was observed between skin to skin contact and breastfeeding after discharge. However, a substantially increased breastfeeding after discharge was observed. Finally, a decreased rate of breastfeeding discontinuation was observed after the protocol implementation.*

Conclusions: *following the current evidence-based recommendations regarding the importance of skin to skin contact in the first two hours of life in order to successfully initiate breastfeeding, a protocol for immediate contact after planned/urgent low-risk C-section was started in our hospital. Immediate contact after C-section in delivery suite and initiation of skin to skin contact in the first hours provided a benefit regarding initiation and maintenance of breastfeeding at hospital discharge.*

Moreover, both women and their partners have reported satisfaction with the link developed through immediate contact after C-section, particularly in those women having had a previous C-section.

Key words: *Skin to skin contact; C-section; puerperium; breastfeeding.*

Introducción

La *Guía Cuidados desde el Nacimiento* del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010)[1] define el contacto piel con piel (CPP) precoz como "el CPP del recién nacido con su madre inmediato tras el parto. El recién nacido se coloca en decúbito prono sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando, hasta llegar al pecho".

La *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad y Política social (2010)[2] concluye que el CPP temprano presenta beneficios tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo aumenta y mantiene la temperatura del recién nacido, y a largo plazo, cuando se produce el CPP y el amamantamiento en la primera hora, aumenta el tiempo de lactancia materna (LM). Por ello, recomienda evitar la separación de la madre y el neonato dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma. Siguiendo esta misma línea, la *National Institute for Health and Care Excellence* (2004)[3] aconseja que no se separe a la mujer y al recién nacido para realizar los cuidados rutinarios tras el nacimiento: administración de vitamina K, pomada oftálmica y somatometría durante la primera hora de vida.

Aunque los documentos anteriormente citados hacen referencia a la primera hora de vida, la recomendación de la *Guía de Cuidados desde el Nacimiento*[1] es que la probabilidad de hacer una toma espontánea es ocho veces mayor si el tiempo de CPP es superior a 50 minutos y hasta un máximo de 110. Este periodo de tiempo coincide con el llamado periodo sensitivo del recién nacido, caracterizado porque este se encuentra en alerta tranquila durante un periodo aproximado de dos horas tras el nacimiento, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo de parto[4].

Por todo ello, encontramos ante la siguiente disyuntiva en el caso de los nacimientos mediante cesárea: por una parte, el interés en realizar el CPP precoz para favorecer el inicio

de la LM y, por otra, la necesidad de cuidados específicos a la mujer puérpera tras una cesárea, habitualmente administrados en la zona quirúrgica.

En los últimos años, el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia) ha experimentado un cambio en el modelo asistencial para adaptarse a la evidencia científica y los documentos de consenso anteriormente citados. Así, por ejemplo, en 2011 se crearon los Grupos de Mejora de Calidad (LM, CPP, Mejora Obstétrica y Anestesia), grupos de trabajo multidisciplinares formados por matronas, ginecólogos, pediatras, anestesistas, auxiliares de enfermería y enfermeras.

Fruto del trabajo de los Grupos de Mejora de Calidad, en 2013 se creó el Protocolo de Puerperio Inmediato tras cesárea programada/urgente de bajo riesgo que se puso en marcha en enero de 2014. Así, las mujeres puérperas que anteriormente quedaban en la sala de reanimación quirúrgica separadas de sus recién nacidos durante el puerperio inmediato, imposibilitando la realización del CPP y el inicio de la LM, pasaron a realizar dicho puerperio inmediato en paritorio, al cargo de la matrona que las había atendido anteriormente y acompañadas de su recién nacido y un acompañante de su elección. Por lo tanto, entre los objetivos del Protocolo de Puerperio Inmediato tras cesárea programada/urgente de bajo riesgo se encuentran:

- Realizar una atención integral a la mujer tras una cesárea.
- Favorecer el vínculo afectivo madre-recién nacido-pareja.
- Iniciar de forma precoz la lactancia materna.

Al ser una paciente quirúrgica, el alta a la sala de maternidad queda a cargo de anestesia, produciéndose habitualmente tras la primera o segunda hora después de la intervención. Se intenta siempre respetar el tiempo de CPP mínimo que recomienda la evidencia científica. Previamente a la salida del paritorio, al recién nacido se le aplican los cuidados habituales: identificación, administración intramuscular de vitamina K, profilaxis ocular y control de constantes.

Una de las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)[5], en el caso de que el parto acabe en cesárea, es iniciar el CPP madre-recién nacido lo antes posible, bien en el quirófano o en la sala de reanimación. En este segundo caso, se aconseja realizar el CPP con el padre hasta que la madre pueda realizarlo. Esta situación habitualmente es bien aceptada por los padres, y se les debe informar de la posibilidad de su realización.

En el caso del Hospital Universitario de La Ribera, también se ha incluido esta recomendación dentro del Protocolo de Puerperio Inmediato tras Cesárea Programada/Urgente de bajo riesgo y se oferta al padre (o, en su caso, al acompañante que haya elegido la madre para ese momento) la realización del CPP en paritorio hasta la llegada de la mujer puérpera.

Este cambio de modelo asistencial y los protocolos que de él se han derivado suponen el punto de partida para el desarrollo del presente estudio, cuyo objetivo principal es valorar el efecto beneficioso del CPP sobre el inicio de la LM y su mantenimiento al alta en mujeres que realizan el puerperio inmediato en un paritorio tras la cesárea, en comparación con aquellas que realizaron el puerperio en la sala de reanimación quirúrgica.

Material y métodos

El diseño utilizado fue un estudio descriptivo observacional de cohortes retrospectivo.

La muestra fue recogida durante dos periodos de tiempo diferentes. En primer lugar se recogieron datos de las cesáreas realizadas desde enero de 2012 a junio de 2013, periodo durante el cual las mujeres puérperas llevaban a cabo el puerperio inmediato en la sala de reanimación quirúrgica. En segundo lugar, se recogieron los datos de las cesáreas realizadas desde enero de 2014 hasta junio de 2015, periodo en el que las mujeres puérperas ya realizaban el puerperio inmediato en el paritorio, iniciando así el CPP lo más precozmente posible.

Se incluyeron en el estudio a todas las mujeres gestantes a partir de 34 semanas de gestación a las que se les practicó cesárea y que verbalizaron la intención de amamantar. Se excluyeron los partos espontáneos e instrumentados y mujeres con intención de lactancia artificial.

Para la recogida de los datos se revisaron las historias clínicas informatizadas de las mujeres gestantes a las que se les practicó cesárea en los dos periodos de estudio. Los datos se recogieron de la Hoja de Fin de Parto donde queda registrado la lactancia deseada y la realización o no de CPP. Por otra parte, se revisó la Hoja de Plan de Cuidados de Enfermería, donde la matrona registra los cuidados aplicados a la madre antes de pasar a la sala de maternidad, así como si la lactancia materna ha sido instaurada. Por último, se revisaron los Informes de Alta de los recién nacidos en los que consta el tipo de lactancia al alta hospitalaria.

Las variables que se emplearon para el estudio (todas ellas categóricas) son:

- Puerperio inmediato: en paritorio o en quirófano.
- Contacto precoz piel con piel en paritorio tras cesárea (dicotómica: sí/no).
- Inicio de lactancia materna en paritorio (dicotómica: sí/no).
- Tipo de lactancia al alta (materna, artificial o mixta).

Los datos se tabularon en hoja de cálculo Excel y su tratamiento se llevó a cabo tanto en hoja de cálculo como con

el programa *Statistical Package for the Social Sciencies* (SPSS) versión 17.0.

La comparación de variables se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas, asumiendo un nivel de significación estadística de $p< 0,05$ para pruebas bilaterales.

Resultados

La muestra total fue de 809 cesáreas, 433 pertenecientes al primer periodo de estudio y 376 al segundo.

En la Tabla 1 se recogen el volumen total de partos en los años estudiados, así como el porcentaje de cesáreas, partos espontáneos e instrumentados.

Antes de comenzar a aplicar el Protocolo de Puerperio Inmediato tras Cesárea Programada/Urgente de bajo riesgo, la tasa de éxito de LM al alta era de un 72% (Gráfico 1).

Durante el segundo periodo de estudio y tras la aplicación del protocolo, el 85% de las mujeres realizó el puerperio en el paritorio. Del 11% de mujeres que no lo llevó a cabo, las causas principales fueron la sobrecarga asistencial y patologías maternas que los convirtieron en puerperio de riesgo elevado y los excluyeron del protocolo. En el caso del 4% restante no quedó constancia en la historia clínica de dónde realizaron el puerperio (Gráfico 2).

De las mujeres puérperas que realizaron el puerperio inmediato en paritorio, el 77% hizo el CPP y un 68% inició la LM. La principal causa por la que no se inició la lactancia materna en paritorio fue el ingreso del recién nacido en la

Tabla 1. Número total de partos anuales, porcentaje de cesáreas, partos espontáneos e instrumentados

AÑO	2012	2013	2014	2015
Total partos	2023	1861	1864	921
Espontáneos	61%	62%	62%	77%
Cesáreas	21%	22%	19%	19%
Instrumentados	18%	16%	19%	4%

Fuente: hoja de fin de parto informatizada

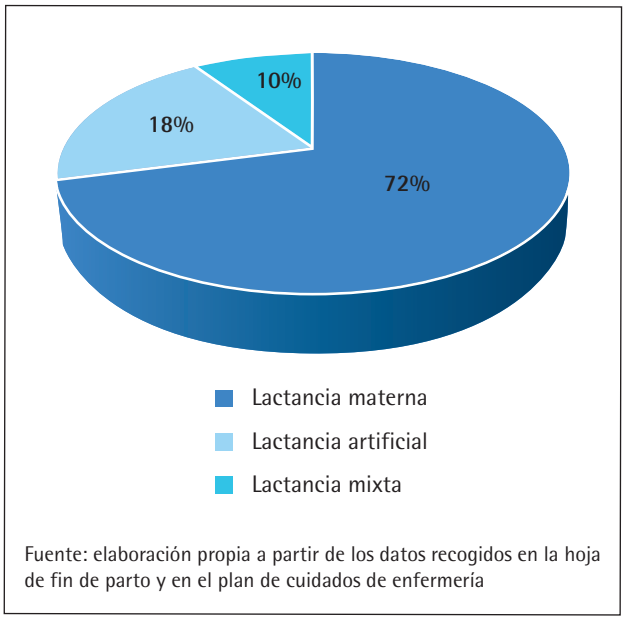


Gráfico 1. Tipo de lactancia al alta realizando el puerperio en quirófano

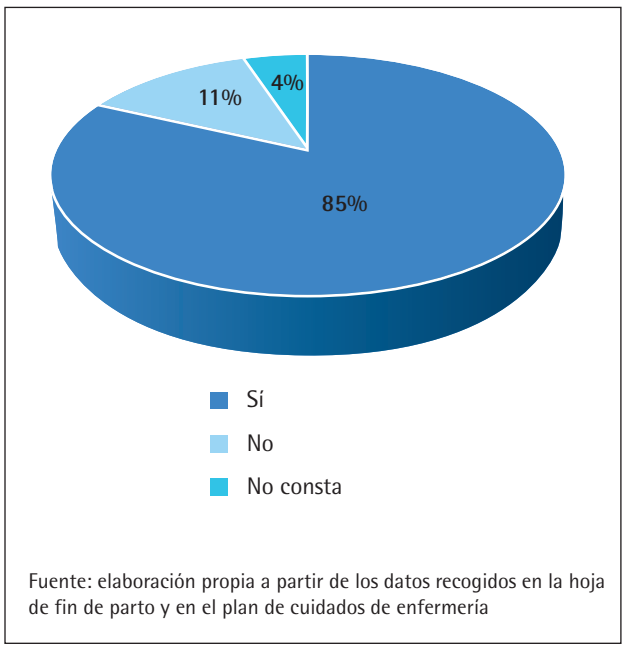


Gráfico 2. Realización de puerperio en paritorio

Unidad de Neonatos (Gráfico 3). Tras el análisis estadístico de los datos se observa que existe significación estadística entre el hecho de realizar el CPP durante las primeras horas de vida del recién nacido y el inicio de la LM (p= 0,01).

De todas las mujeres gestantes que realizaron el puerperio inmediato en paritorio y manifestaron su intención de amamantar, al alta hospitalaria un 85% de ellas continuaba con LM, siendo un 10% la tasa de abandono y un 5% la lactancia mixta (Gráfico 4). Sin embargo, aunque esta diferencia no tiene significación estadística (p> 0,05), se observa un aumento importante de la tasa LM al alta tras la implantación del protocolo.

Discusión

El objetivo del presente estudio era valorar si la implantación del Protocolo de Puerperio Inmediato tras cesárea programada/urgente de bajo riesgo, atendido por matronas y evitando la separación de la madre y el recién nacido, tal como lo recomienda la evidencia científica, suponía un aumento en la tasa de inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Tras analizar los datos de la muestra, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el hecho de realizar el CPP durante las primeras horas de vida del recién nacido y el inicio de la LM.

Por otro lado, aunque no se ha encontrado significación estadística entre el CPP y la LM al alta, sí se observa un aumento importante en la tasa de mujeres que amamantan a sus bebés al alta hospitalaria.

Por último, cabe destacar la disminución del porcentaje de abandonos de LM con la aplicación del protocolo.

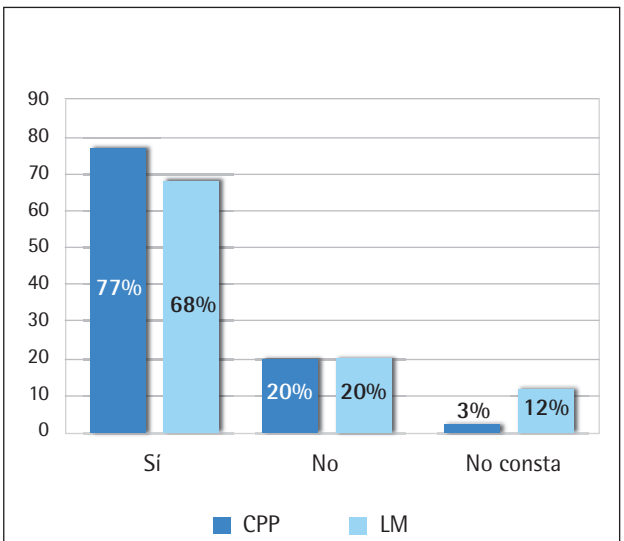
Conclusiones

El colectivo de matronas del Hospital Universitario de la Ribera está satisfecho con la introducción del Protocolo de Puerperio Inmediato tras Cesárea Programada/Urgente de bajo riesgo no solo por los resultados que se han obtenido, sino también por la satisfacción tanto materna como de los profesionales.

Tanto si se trata de una cesárea programada o urgente existe un contacto directo con la mujer gestante que antes de la aplicación del protocolo se veía truncado por el acto quirúrgico en sí. Con la aplicación del protocolo, la mujer después de la cesárea vuelve al paritorio y queda a cargo de las mismas profesionales, las matronas. De este modo, estará en contacto con el acompañante que ella ha elegido y con su recién nacido, con todo lo positivo, en el ámbito físico y emocional que ello comporta.

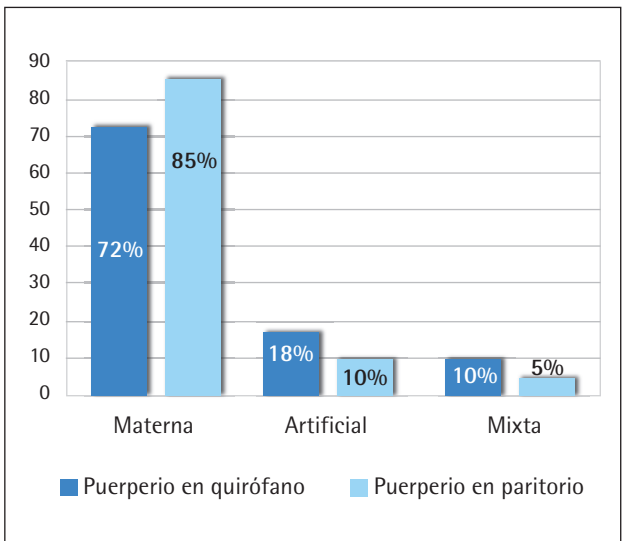
Mientras ella permanece en quirófano el recién nacido realiza el CPP con su pareja. Este intervalo de tiempo suele ser de 20 minutos, aproximadamente. En el momento que la mujer puérpera vuelve a paritorio realiza el CPP e inicia la LM.

Se quiere destacar que, dejando de lado el objetivo del estudio, las mujeres y sus parejas han manifestados la gran satisfacción que supone realizar el vínculo con el recién nacido de forma inmediata tras la cesárea. También mujeres a las cuales se les realizó una cesárea en el periodo anterior



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la hoja de fin de parto y en el plan de cuidados de enfermería

Gráfico 3. CPP en paritorio e inicio de LM



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la hoja de fin de parto, plan de cuidados e informe de alta del RN

Gráfico 4. Lactancia al alta según donde se realiza el puerperio

y actualmente otra han valorado muy positivamente este cambio en la forma de trabajo.

Por otro lado, resaltar la satisfacción profesional por poder atender de igual manera a la mujer puérpera independientemente de que haya sido un parto vaginal o una cesárea.

A pesar de la satisfacción con los objetivos logrados, el colectivo de matronas se plantea en este momento un nuevo reto: realizar el contacto piel con piel dentro de quirófano.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
3. National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual. [monografía en Internet]. London: NICE: 2014; National Institute for Clinical Excellence, 2007 [cited 15 nov 2016]. Available from: https://www.nice.org.uk/process/pmg6/chapter/introduction
4. Porter RH. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. Acta Paediatr 2004; 93:1560-2.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
6. La Carta de Madrid. Por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo. Asociación Española de Matronas; 2005. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/LA_CARTA_DE_MADRID_ESPANOL.pdf

Leche materna rosada por colonización por *Serratia marcescens*. A propósito de un caso

[1] Dolores Macarro Ruiz
[2] Eduardo Martínez Martín
[1] María Alba Rodríguez Gómez

[1] *Enfermera Especialista Obstétrico-ginecológica (matrona). Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).*
[2] *Enfermero Especialista Obstétrico-ginecológico (matrona). Hospital General de Segovia (Segovia).*

E-mail: lola_maca@hotmail.com

Resumen

La leche materna puede presentar un color rosado debido a la colonización por *Serratia marcescens* (SM), la cual produce colonias que pueden ser pigmentadas, ya que genera un pigmento rojo llamado prodigiosina. Se presenta como un agente nosocomial y es la transmisión de persona a persona la más importante forma de diseminación. Los neonatos hospitalizados son especialmente susceptibles a las infecciones asociadas a los cuidados de salud, afectando principalmente a los neonatos de muy bajo peso y a los de extremadamente bajo peso al nacer.

Palabras clave: *Serratia marcescens*; leche materna rosa; colonización; enterobacterias.

Abstract

Pink human milk due to colonization by Serratia marcescens. A propos of a case

Pink human milk can be observed due to colonization by Serratia marcescens (SM), which produces potentially pigmented colonies through the red pigment, prodigiosin. SM is a nosocomial agent with person-to-person transmission being the most common acquisition mode. Hospital admitted newborns are particularly susceptible to healthcare-related infections mainly involving very low-weight small for dates neonates.

Key words: *Serratia marcencens; pink human milk; colonization; enterobacteria.*

Introducción

La leche materna se puede convertir en un color rosado debido a la colonización por *Serratia marcescens* (SM), un bacilo gram negativo, anaerobio facultativo, oxidasa negativo, perteneciente a la familia de las enterobacteriaceae, que crece abundantemente en agar chocolate, agar sangre, agar McConkey, produce colonias que pueden ser pigmentadas, ya que genera un pigmento rojo llamado prodigiosina[1].

Se presenta como un agente nosocomial y es la transmisión de persona a persona la más importante forma de diseminación, por lo que las campañas de asepsia de manos, control de potabilización del agua, y asepsia de instrumentos hospitalarios son de gran importancia[1,2].

Puede encontrarse colonizando la flora intestinal, tracto respiratorio, tracto urinario, aparato cardiovascular, en ambientes y reservorios pobres en nutrientes, como el agua potable, cañerías y productos hospitalarios como jabones, antisépticos, etc.[2].

Su adquisición es mayoritariamente hospitalaria, en unidades de cuidados intensivos[3], siendo las secreciones respiratorias, heridas y orina los sitios más habituales de colonización[4]. Clínicamente las bacteriemias por SM se presentan con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad de base como diabetes, neoplasias e insuficiencia renal crónica[2,5]. Los neonatos hospitalizados son especialmente susceptibles a las infecciones asociadas a los cuidados de salud. Se estima que este tipo de infecciones se producen en 6 a 8,9 por cada 100 pacientes/día[7], afectando principalmente a los neonatos de muy bajo peso y a los extremadamente bajo peso al nacer. En cuanto al tratamiento antibiótico, las cefalosporinas de tercera generación, aminoglucósidos y las quinolonas serían los antibióticos de elección en el tratamiento de la infección por *Serratia marcescens*[6,8].

El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta entidad infecciosa que en la mayoría de los casos lleva a la suspensión de una lactancia materna exitosa.

Caso clínico

El caso que nos ocupa se trata de un RN varón, pretérmino de 35+4 semanas de gestación nacido tras parto eutócico. Peso del RN, 2.540 g (p 50), longitud 47 cm (P50-75) y perímetro craneal de 34 cm (P50-75). Profilaxis ocular, antihemorrágica y primera dosis de vacuna VHB al nacer. En la exploración física se aprecia buen estado general, normoconformado y normocoloreado. Auscultación cardiaca normal, ruidos rítmicos y no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no presenta ruidos patológicos. Abdomen normal. No presenta lesiones cutáneas. Cordón: dos arterias, una vena. Ortolani y Barlow negativos. Paladar íntegro. Movimientos activos, normales. Testes en bolsas. Glucemia a la hora de vida de 69 mg/dl. Se inicia alimentación con lactancia mixta, con controles posteriores aceptables. Buena succión.

Al tercer día de vida se observa coloración rosada de los restos de leche de biberones previamente administrados (Imagen 1). Estando el niño asintomático, sin ningún signo clínico ni analítico de infección, y creciendo en el cultivo de la fórmula solicitado *Serratia marcescens*, se mantiene una actitud expectante.

En la exploración física previa al alta se observa eritema en la base del cordón umbilical, solicitándose exudado-cultivo, donde asimismo se aísla el germen *Serratia marcescens*, manteniéndose de nuevo y ante la ausencia de signos de infección actitud expectante, pautando antibioterapia tópica con mupirocina.

Imagen 1. Coloración rosada de la leche

Discusión

En la literatura ha habido un número muy grande de brotes reportados por *S. marcescens* relacionados con el hospital. Debido a que hay muchos brotes descritos asociados a hospitalización, se supone que las infecciones causadas por esta bacteria son principalmente nosocomial en origen.

Serratia marcescens se describe por primera vez en 1958 por Waisman y Stone, quienes describieron el "síndrome del pañal rojo", la aparición de este bacilo en los pañales sucios de un bebé hembra nacida en Wisconsin. Los padres notaron que los pañales sucios que habían sido lavados con agua corriente se ponían rojos. Se cultivó las heces del bebé y creció *S. marcescens*. Aunque el bebé nunca tuvo signos o síntomas o enfermedades los médicos le trataron con sulfasuxidine[9].

Una investigación realizada por Berthelot et al.[1] en 1999 de un brote nosocomial debido a la SM en una maternidad demostró la colonización de algunos recién nacidos tan solo a las pocas horas después del parto. La investigación se extendió también a otras salas de la maternidad donde se encontraron ocho bebés y cuatro madres también colonizadas. El muestreo ambiental condujo al aislamiento de SM de una botella de alimentación enteral de la unidad neonatal y de dos traductores de tocografía interna de la sala de partos. El brote se detuvo solo cuando se reforzaron las medidas de control de infecciones en la sala de parto, incluyendo la desinfección de los traductores de tocografía interna.

En un estudio de caso clínico llevado a cabo por Tedesco et al.[10] en 2011 para determinar las características fenotípicas y genotípicas de neonatos aislados por *Serratia marcescens* involucrados en un brote de infección en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se aislaron 29 pacientes durante 72 horas, de los cuales siete se diagnosticaron de sepsis por SM y cuatro fallecieron. Tras los estudios microbiológicos pertinentes se llegó a la conclusión de que el brote de infección por SM se inició cuando un neonato con antecedente materno de infección urinaria en el último mes de embarazo, no tratada, fue hospitalizado en el Servicio de Neonatología y se extendió a otros neonatos por la administración de nutrición parenteral total (NPT) contaminada, debido al mal manejo de los medicamentos en frascos multidosis de las soluciones parenterales y de los componentes de la NPT por parte del personal responsable[10].

Otro caso reportado por Jones et al.[11] en 2014 manifiesta que una mujer pregunta alarmada en su revisión postparto por las manchas de color rosa en las almohadillas o discos de lactancia, así como en los pañales del bebé. Debido a la preocupación se detuvo la lactancia materna. El diagnóstico fue de colonización de la madre y el bebé por SM. Ambos fueron manejados de forma conservadoras sin antibióticos. La madre fue guiada para reiniciar la lactancia y el niño continuó prosperando.

Aunque el número real de organismos excretados en la leche no se conoce, es poco probable que un bebé tomando leche directamente del pecho de su madre se ingiera suficientes microrganismos para causar la enfermedad. Sin embargo, la manipulación y el almacenamiento de la leche inadecuada pueden permitir multiplicar los microrganismos patógenos a un número suficiente para causar la enfermedad, especialmente en los bebés en mayor riesgo de infección, como los nacidos prematuros. La contaminación con cifras mayores a 1.000 bacilos gram negativos por mililitro se asocia con intolerancia a la alimentación, mientras que mayores niveles de contaminación (> 1.000.000/ml) se puede asociar con sepsis.

En el caso que se ha presentado no había sacaleches de mama asociado a infecciones, a pesar de que varios casos se han descrito previamente en la literatura[12]. La infección del presente caso podría haber tenido su origen en la lactancia mixta, o como segunda opción podría haber sido adquirida en la transmisión vertical madre-hijo como lo describe Berthelot et al.[1].

Aunque no hay recomendaciones claras para las mujeres con colonización por SM, y debido al alto riesgo de sepsis asociada con esta bacteria, es muy recomendable el tratamiento con antibióticos, volviendo a la lactancia segura después de que los cultivos de la madre y el bebé son negativos.

Conclusiones

La leche materna rosada es causada por la *Serratia marcescens*. En tales casos, se recomienda la detección temprana y el tratamiento antes del desarrollo de la infección para volver a la lactancia materna.

Las medidas universales de seguridad biológica, especialmente el lavado de manos estricto, es una conducta que no debe ser ignorada y el apego a estas prácticas llevará a un mejor control de infecciones nosocomiales.

Agrradecimientos

A las F.E.A de Neonatología del hospital donde se produjo el nacimiento, por prestar su colaboración para la obtención de los informes a través de la historia clínica del paciente.

Bibliografía

1. Berthelot P, Grattard F, Amerger C, Frery MC, Lucht F, Pozzetto B, Fargier P. Investigation of a nosocomianl outbreak due to Serratia marcescens in a maternity hospital. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999 Apr; 20(4):233-6.
2. Fleisher F, Zimmerman-Baer U, Zbinden R, Bischoff G, Arlettaz R, Waldvogel K, Nadal D, Ruef C. Three Consecutive Outbreaks of Serratia marcescensin a Neonatal Intensive Care Unit. Clin. Infect. Dis. 2002; 34:767-73.
3. Demetriou CA, Cunha BA. Serratia marcescens bacteremia after carotid endarterectomy and coronary artery bypass grafting. Heart Lung. 1999; 28(4):293.
4. Haddy RI, Mann BL, Nadkami DD. Nosocomial Serratia marcescens infections associated with extrinsic contamination of a liquid nonmedicated soap. Infect Control HospEpidemiol. 2000; 21(3):196-9.
5. Yu WL, Lin CW, Wang DY. Serratia marcescens bacteremia: clinical features and antimicrobial susceptibilities of the isolates. J MicrobiolInmunol Infect. 1998; 31(3):171-9.

6. Schaberg D, Culver D, Gaynes R. Major trends in the microbial etiology of nosocomial infection. Amer. J. Med. 1991; (suppl.3B):72S.

7. Zingg W, Posfay-Barbeb KM, Pittet D. Healthcare-associated infections in neonates. Curr Opinion Infect Dis. 2008; 21:228-34.

8. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison: principios de medicina interna. 19° ed. vol. I. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2016.

9. Waisman HA, Stone WH. The presence of Serratia marcescens as the predominating organism in the intestinal tract of the newborn; the occurrence of the red diaper syndrome. Pediatrics. 1958; 21(1):8-12.

10. Tedesco-Maiullari R, Romero M, Sierra C, Velasco E, Guevara A. Sepsis neonatal por Serratia marcescens asociada con nutrición parenteral total. Rev Fac Farm. 2011; 53(2):22-8.

11. Jones J, Crete J Neumeier R. A case report of breast milk. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014; 43(5):625-30.

12. Hervé B, Chomali M, Gutiérrez C, Luna M, Rivas J, Blamey R, et al. Brote de infección nosocomial por Serratia marcescens asociado a contaminación intrínseca de clorhexidina acuosa. Rev. Chil. Infectol. 2015; 32(5):517-22.

Superando obstáculos en la lactancia materna. Caso clínico

[1] María José Mata Saborido
[2] Juana María Luna Valero
[3] María Irma Sánchez Casal
[4] Dolores Rivas Macías

[1] Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Centro de Salud La Paz-Puerta Tierra (Cádiz). España.
[2] Matrona. Paritorio. Hospital La Línea, La Línea de la Concepción (Cádiz).
[3] Distrito Sanitario Costa del Sol, Centro de Salud Fuengirola Oeste-Los Boliches, Fuengirola (Málaga), España. 3. Unidad de Partos, Hospital Comarcal Costa del Sol, Marbella (Málaga).
[4] Unidad de Partos, Hospital Comarcal Costa del Sol, Marbella (Málaga).

E-mail: mjmatasaborido@hotmail.com

Resumen

La mastitis puerperal es una afección inflamatoria de la mama, puede estar acompañada o no de infección. El organismo más común en la mastitis infecciosa es el *Staphylococcus aureus*. Es un problema infradiagnosticado, sin embargo, es la primera causa del destete precoz. El tratamiento de la mastitis debería iniciarse inmediatamente.

Se presenta un caso clínico de una mastitis puerperal con el objetivo de demostrar que el cultivo de la leche materna es una herramienta esencial en el diagnóstico y tratamiento de la mastitis y debería realizarse en todas las mujeres que amamantan y sienten dolor en el pecho. Otro propósito del caso clínico es dar a los profesionales sanitarios que se encargan de la salud de la diada madre-hijo los conocimientos necesarios para la prevención y solución de la mastitis puerperal.

Palabras clave: lactancia materna; mastitis puerperal; análisis microbiológico; cultivo.

Abstract

Overcoming barriers to breastfeeding. Case report

Mastitis neonatorum is an inflammatory breast disorder that can be associated or non associated to infection. The most common agent in infectious mastitis is Staphylococcus aureus. In spite of being an underdiagnosed problem, this is the main cause of early weaning. Therapy for mastitis should be started immediately.

A case of mastitis neonatorum is presented in order to illustrate that human milk culture is a key tool for mastitis diagnosis and therapy that should be used in every breastfeeding women having breast pain. Our case provides also healthcare workers the education they need to prevent and treat mastitis neonatorum.

Key words: *breastfeeding; mastitis neonatorum; microbiological test; culture.*

Introducción

La mastitis puerperal es una afección inflamatoria del pecho que puede acompañarse o no de infección. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 33% de las mujeres lactantes sufre mastitis, siendo más habitual en la segunda y tercera semana postparto. Entre el 74% y 95% de los casos aparece en las primeras 12 semanas[1], aunque puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia.

Las mastitis inflamatorias están originadas primariamente por un vaciamiento ineficaz de la leche. Las mastitis infecciosas son debidas a un desequilibrio en la microbiota fisiológica de la glándula mamaria[2-4].

Según su sintomatología, las mastitis se clasifican en[5]:

- Mastitis agudas: siendo el *Staphylococcus aureus* la bacteria responsable. Llega a la glándula mamaria desde el intestino, libera toxinas al torrente sanguíneo originando cefaleas, fiebre, malestar, vómitos, etc., síntomas de un cuadro gripal, además de dolor, rubor y tumefacción. Si no se trata precozmente puede derivar en un abceso mamario al intentar el tejido mamario aislar dichas bacterias[6].
- Mastitis subagudas o subclínicas: estafilococos coagulasa-negativos *(S. epidermidis)*, estreptococos del grupo viridians/mitis *(S. mitis* y *S. salivarius)* y algunas especies de *Corynebacterium* son las bacterias implicadas. El problema de este tipo de mastitis es que pasan desapercibidas y no son tratadas por su sintomatología inespecífica, haciendo de la lactancia materna un verdadero calvario para la mujer por ser infecciones que se caracterizan por su recurrencia y cronicidad. Sienten dolor durante el amamantamiento, refieren "pinchazos como alfileres", ardor dentro de la mama, etc. A la inspección y palpación no se aprecian alteraciones y tampoco tienen fiebre ni malestar como en el caso de las mastitis agudas producidas por estafilococos. Las mastitis agudas y subagudas pueden acompañarse de zonas de induración y grietas (las bacterias citadas anteriormente se caracterizan por ser epidermiolíticas en concentraciones altas, por lo que las grietas en estos casos no son debidas a un mal agarre del lactante, sino a la acción de dichas bacterias que destruyen la piel).
- Mastitis subclínicas: los microorganismos responsables son los mismos que los de las mastitis subagudas aunque en concentraciones mucho menores. No se caracteriza por el dolor, sino por la percepción de una disminución en la producción láctea. La producción de leche en estos casos no está comprometida, lo que sí lo está es el flujo de la misma, debido a que los conductos galactóforos están disminuidos por el biofilm que producen dichas bacterias[3,4].

Los microorganismos causantes de las mastitis se aglomeran formando densas biopelículas o biofilms en los conductos galactóforos, disminuyendo la luz del conducto por el que la leche circula. Esto explica el dolor intenso que la mujer siente a lo largo de la toma, debido al aumento de la presión al pasar la leche por un conducto con la luz disminuida y la percepción de la disminución de la producción láctea[7].

La mastitis debe ser identificada y tratada precozmente para evitar complicaciones como el abceso mamario o el abandono de la lactancia materna precoz.

Carrera et al. (2011) recomiendan realizar un cultivo de la leche materna y tratamiento antibiótico según el resultado del antibiograma asociando un AINE. Si la mujer presenta fiebre elevada alternar paracetamol (650 mg o 1mg) e ibuprofeno (600 mg) cada seis horas. Si no existe fiebre administrar AINE solamente por su propiedad antiinflamatoria[5].

La OMS recomienda para el tratamiento de la mastitis[1]:

- Tomar la historia a la madre, para ver si hay alguna causa obvia de sus dificultades o factores predisponentes.
- Observar una toma de pecho y evaluar si su técnica y el agarre del niño al pecho son satisfactorios, y cómo podrían mejorarse.
- Debería ayudarse a la madre a mejorar el agarre del niño al pecho, para mejorar el vaciamiento de la leche y evitar dañar los pezones.
- Debería animarse a amamantar tan a menudo y tanto tiempo como el lactante esté dispuesto, sin restricciones.
- Consejos de apoyo.
- Vaciamiento eficaz de la leche.
- Tratamiento antibiótico.
- Tratamiento sintomático.

Exposición del caso

MCGL, 37 años. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. NAMC. FM 5/28 días.

G2P1. Parto eutócico anterior. Lactancia materna hasta los 8 meses sin incidencias.

Tras un embarazo de bajo riesgo de curso fisiológico, EGB negativo, parto eutócico el 20/08/14, desgarro de 1º, nace una niña de 3,350 kg, Apgar 9/10. Inicia la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento.

Acude a su centro de salud a la visita postparto el 26/08/2014. Puerperio fisiológico. Continúa con lactancia materna exclusiva, presenta grietas en ambos pezones. Al no acudir con la recién nacida no se puede valorar la toma. Se refuerza conceptos de lactancia materna en cuanto a la colocación y agarre correcto. Se recomienda para conseguir la cura de las grietas:

- Instrucciones para conseguir un buen agarre.

- Evitar discos absorbentes y dejar los pezones al aire el mayor tiempo posible y/o usar conchas de lactancia.
- Lanolina 2 o 3 veces al día.
- Alternar posiciones de lactancia: balón de rugby, crianza natural, en caballito... conseguir variar los puntos de presión y disminuir el dolor y favorecer la cura de las grietas.

Se cita en cuatro días para ver su evolución y se recomienda acudir con la recién nacida para valorar la toma.

El 29/08/2014 la mujer puérpera sigue presentando grietas en el pezón izquierdo, que no han mejorado a pesar de llevar a cabo las recomendaciones y refiere un dolor muy intenso "como pinchazos" que le hacen insoportable el amamantamiento del pecho izquierdo, el cual la niña hace un día que lo rechaza y no quiere mamar del mismo.

A la palpación, se aprecia una pequeña induración en el cuadrante superior externo de la mama, sin dolor a la palpación, no presenta calor ni rubor. La grieta del pezón derecho está cicatrizando y ya no le duele al mamar.

Se valora la toma: se observa un buen agarre y una succión eficaz en el pecho que la lactante acepta.

Se le aconseja:

- Vaciar eficazmente el pecho que rechaza la lactante con un sacaleches eléctrico durante 20 minutos cada tres horas, para mantener la producción de leche y evitar agravar el cuadro hasta que reanude la lactancia.
- Se le refuerza las instrucciones para conseguir un buen agarre.
- Animar a alimentar a demanda sin restricciones del pecho que acepta y ofrecer el pecho afectado cada vez que tenga oportunidad. Se le informa de los beneficios del contacto piel con piel para facilitar la lactancia y conseguir un agarre espontáneo.
- Ibuprofeno cada ocho horas para controlar el dolor.
- Aplicación de compresas calientes justo antes de la toma y frío después.
- Descanso e hidratación adecuada.
- Cultivo de leche materna, la mujer prefiere que sea realizado por la matrona, por lo que se cita el día 1/09/14 a las 8 a.m. para su extracción.

El 1/09/2014 se extrae el cultivo de leche materna:

- Lavado de manos.
- Tras tres horas desde la última toma, se extrae manualmente la leche de ambos pechos, desechándose aproximadamente el primer mililitro y recogiendo cada muestra en recipientes estériles, señalando en cada recipiente la muestra del pecho derecho y del izquierdo.
- Se guarda en la nevera a -4 ºC hasta su recepción en el servicio de microbiología del hospital de referencia.

El 4/09/2014, la médico de familia de la usuaria recibe una llamada de la microbióloga del hospital, alertándola que las muestras recibidas de leche materna tienen altas concentraciones de *Staphilococcus aureus* aconsejándola que contacte con la puérpera para que abandone la lactancia materna porque puede afectar a la lactante. La médico prescribe según los resultados del antibiograma, amoxicilina- ácido clavulónico cada ocho horas durante diez días e informa a la matrona de la llamada.

Discusión

En el presente caso todo indicaba que se trataba de una mastitis subclínica, aunque el resultado fue infección por *Staphylococcus aureus* responsable de las mastitis agudas.

El cultivo de leche es imprescindible para el correcto diagnóstico y manejo de la mastitis. Actualmente, no existen protocolos en la recogida de leche materna y los análisis microbiológicos no se hacen correctamente. En la mayoría de las ocasiones se ha de especificar en la petición de microbiología; cultivo y antibiograma para los microorganismos implicados.

Rutinariamente, ante una mastitis, los médicos prescriben tratamiento antibiótico sin previo cultivo de leche materna siendo la cloxacilina, amoxicilina, amoxicilina-ácido clavulánico, mupirocina o eritromicina en tratamiento empírico habitual. Se conoce que los microorganismos responsables de las mastitis son resistentes a la metilcilina en su mayoría, provocando infecciones crónicas o recurrentes al administrar antibióticos no adecuados[8].

No existe ningún riesgo para el lactante continuar la lactancia materna a pesar de existir una infección por *Stafilococcus aureus*[9-13].

Otro problema derivado de la falta de conocimiento es la interpretación de los resultados del cultivo, que unido a la ignorancia de muchos profesionales sanitarios en el manejo de la mastitis, origina que la mujer abandone la lactancia materna por un mal asesoramiento y manejo de la misma.

Los probióticos son actualmente una alternativa al tratamiento antibiótico tradicional. Los probióticos son productos que contienen microorganismos definidos y viables en grado suficiente para modificar la microflora de un compartimento del huésped, ejerciendo un efecto beneficioso para su salud[14].

Varios estudios recientes han demostrado que ciertos lactobacilos aislados de leche humana representan una alternativa más eficaz que los antibióticos para el tratamiento de las mastitis, reduciendo el dolor desde la primera semana del mismo. Se pueden tomar como coadyuvante con los antibióticos, en el caso que se hayan iniciado, ya que ayudan

a recuperar el equilibrio de la flora mamaria y evita recurrencias[15,16].

En casos de mastitis, se desaconseja aplicar la leche materna sobre el pezón o lanolina, ya que favorece la diseminación bacteriana. El aceite de oliva es una buena alternativa ya que no favorece la propagación bacteriana y el ácido oleico que lo compone posee propiedades antiinflamatorias[5].

Debería de existir una buena coordinación interniveles y elaborar protocolos de actuación para el manejo de la mastitis, así como para la recogida y procesamiento de la leche materna para su cultivo y antibiograma.

Conclusiones

MCGL refirió mejoría a las 48 horas del tratamiento, se citó en dos ocasiones para valorar su evolución y se hizo un seguimiento telefónicamente. No abandonó la lactancia materna, a los tres meses del parto mantenía lactancia materna exclusiva, sin recidivas de mastitis.

La lactante seguía prefiriendo el pecho que no estuvo afectado por la mastitis del que se alimentaba prácticamente, la madre le ofrecía el otro pecho pero solo conseguía que se alimentara de él unas tres veces al día porque su producción había disminuido al no recibir la estimulación necesaria.

La identificación y manejo adecuado de las mastitis puerperales es una asignatura pendiente de todos los profesionales que atienden a las madres con dicho problema. Las matronas, pediatras, enfermeras y médicos de familia deben estar actualizados en la identificación y manejo de los principales problemas con los que se puede encontrar la mujer en la lactancia, siendo la mastitis puerperal uno de los más comunes y causa de un destete precoz para poder superarlos y conseguir una lactancia materna exitosa.

Es imprescindible el apoyo a la mujer, informarla y asesorarla. Enseñarla a extraerse la leche del pecho afectado si el lactante lo rechaza, para mantener su producción y conseguir un vaciamiento eficaz que mejore el cuadro hasta que se resuelva. Reforzar la lactancia a demanda y darle instrucciones para conseguir un buen agarre junto con el tratamiento antibiótico, sintomático para el dolor y descanso materno, son claves para el éxito en la curación y evitar recidivas.

No se puede olvidar el papel de los grupos de apoyo de lactancia materna, con los que se ha de poner en contacto a las mujeres para que, entre iguales, puedan solventar sus dudas y sentirse más comprendidas, recibiendo el apoyo, que por desgracia en muchas ocasiones el personal sanitario no puede dar.

La educación maternal es el momento idóneo para informar a las mujeres gestantes sobre lactancia materna para que sepan identificar precozmente las complicaciones más habituales y dotarlas de conocimientos para que sepan cómo actuar y evitar complicaciones mayores que desencadene el abandono precoz de la lactancia.

Bibliografía

1. OMS. Mastitis. Causas y manejo. Número de referencia OMS:WHO/FCH/CAH/00.13. 2000.
2. Rodríguez JM, Jiménez E, Merino V, Maldonado A, Marín ML, Fernández L, Martín R. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(2):77-82.
3. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp. 2009; 67(2):77-84.
4. Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). Acta Pediatr Esp. 2009; 67:125-32.
5. Carrera M, Arroyo R, Mediano P, Fernández L, Marín M, Rodríguez JM. Lactancia materna y mastitis. Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. Acta Pediatr Esp. 2011 [citado 15 nov 2016]; 69(6):276-81. Disponible en : http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/750-lactancia-materna-y-mastitis-tratamiento-emp%C3%ADrico-basado-en-la-sintomatolog%C3%ADa-y-los-agentes-etiol%C3%B3gicos#.VHT2EdKG-O4
6. Moazzez A, Kelso RL, Towfigh S, Sohn H, Berne TV, Mason RJ. Breast abscess bacteriologic features in the era of communityacquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus epidemics.Arch Surg. 2007; 142:881-4.
7. Costerton JW, Stewart PS, Greenberg EP. Bacterial biofilms: a common cause of persistent infections. Science. 1999; 284:1318-1322.
8. Arroyo R, Mediano P, Martín V, Jiménez E, Delgado S, Fernández L, Marín M, Rodríguez JM. Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de protocolo para el cultivo de muestras de leche humana. Acta Pediatr Esp. 2011; 69(6):276-81.
9. Devereux WP. Acute puerperal mastitis. Evaluation of its management. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1970; 108(1):78-81.
10. Jeffrey JS. Treatment of acute puerpural mastitis. Edinburgh Medical Journal 1947; 54:442-6.
11. Marshall BR, Hepper JK, Zirbel CC. Sporadic puerperal mastitis. An infection that need not interrupt lactation. Journal of the American Medical Association 1975; 233(13):1377-9.
12. Matheson I, Aursnes I, Horgen M et al. Bacteriological findings

and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1988: 67(8):723-6.

13. Niebyl JR, Spence MR, Parmley TH. Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis. Journal of Reproductive Medicine 1978; 20(2):97-100.

14. Sanz Y, Collado MC, Dalmau J. Probióticos: criterios de calidad y orientaciones para el consumo. Acta Pediatr Esp. 2003; 61(9):476-82.

15. Jiménez E, Fernández L, Maldonado A, Martín R, Olivares M, Xaus J, et al. Oral administration of lactobacilli strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. Appl Environ Microbiol. 2008; 74:4650-5.

16. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. Clin Infect Dis. 2010; 50:1551-8.

María Isabel Fernández Aranda

Mejora de la calidad asistencial a la mujer gestante mediante el uso de nuevas tecnologías

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

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

Resumen

Introducción/objetivo: la satisfacción y la seguridad de la mujer gestante son aspectos clave en la calidad asistencial del servicio que se le presta. Para mantenerlos como hasta ahora y mejorarlos en el futuro en un entorno como el actual, caracterizado por el cambio del modelo de gestión del Sistema Nacional de Salud, las tecnologías de la información (TIC) se posicionan como actores fundamentales.

El objetivo de este artículo es analizar cuál es la influencia actual de las nuevas tecnologías en los aspectos de satisfacción y seguridad de la mujer gestante y qué podemos esperar de su inmersión total en la sanidad.

Método: el análisis se ha fundamentado en una búsqueda bibliográfica de la literatura existente en las principales bases de datos, obteniéndose un total de 42 referencias cuyos contenidos se han considerado de interés.

Resultado/conclusiones: el análisis realizado permite hacer una valoración positiva del efecto de las TIC como elementos de mejora de la calidad asistencial ofrecida a las mujeres gestantes además de ser el complemento perfecto para ayudar a la matrona a lograr mejoras en la atención a los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Palabras clave: tecnología de la información; internet; matronas; mujeres gestantes; videoconferencia; telemedicina.

Abstract

Healthcare quality improvement in pregnant women by means of new technologies

Introduction/purpose: *satisfaction and safety in pregnant women are key aspects in healthcare quality. The Information technologies (IT) are a critical factor to help to maintain current quality levels and improve future quality in the present environment caused by a change in the National Health Service management model.*

The present paper aims at analyzing the current impact of new technologies on satisfaction and safety aspects in pregnant women, and discussing the expected results of an overall immersion of healthcare.

Methods: *the present analysis is based on a literature search in major databases, which provided 42 references reporting relevant contents.*

Results/Conclusions: *our analysis allows a positive conclusion to be achieved regarding IT impact as a way to improve healthcare quality for pregnant women, and an ideal complement helping midwives to improve healthcare for pregnancy, delivery, and post-partum processes.*

Key words: *information technology; internet; midwives; pregnant women; videoconference; telemedicine.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad asistencial como el proceso en el que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, logrando obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos médicos dañinos y la máxima satisfacción del paciente[1]. A lo largo del tiempo la inquietud por este término ha ido pasando de estar centrada en el aspecto científico-técnico, al uso adecuado de los recursos asistenciales y la mejora de la satisfacción de los pacientes y en la actualidad a estar enfocado en la seguridad del paciente.

La calidad asistencial está configurada como la suma de un componente intrínseco (resultado de la adición de conocimientos, destrezas y tecnología) y otro extrínseco en el que incluyen desde el trato con el paciente y sus familiares a la accesibilidad al sistema[2]. En el caso de la mujer gestante y su relación con la asistencia que se le presta en función a la totalidad de la asistencia ambulatoria (Atención Primaria y Especializada) esta calidad se cuantifica mediante indicadores de asistencia obstétrica que incluyen factores de riesgo, variabilidad, consumo de recursos, satisfacción y número de usuarios[2,3].

Por otro lado, la eclosión de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el mundo sanitario está directamente relacionada con las mejoras en seguridad (calidad asistencial), continuidad asistencial, eficacia (sostenibilidad del sistema sanitario) y en la accesibilidad a los servicios[4]. Su efecto ha generado que el paciente se coloque en el centro del sistema sanitario otorgándole un papel activo lejos de la visión pasiva de antaño, corresponsabilizándose en todo lo referente a su salud y su enfermedad[5]. Este poder de decisión lleva implícito la necesidad de informarse correctamente sobre aquellas decisiones que pueden afectar a su salud, lo que se está canalizando cada vez más hacia internet, la nueva autopista de la información[6].

Este nuevo escenario tecnológico supone atender a mujeres gestantes que disponen de toda su información de salud y con acceso a ella de manera continua e ilimitada, hecho que tiene un gran impacto sobre todos los profesionales sanitarios y en especial sobre la matrona. Esta sobreinformación ocasiona, no pocas veces, inquietud y desconcierto en la propia mujer y también actitudes de recelo y desconfianza para el equipo asistencial que la atiende dificultando la normal relación con la mujer embarazada[7,8].

El objetivo de este estudio es analizar qué impacto están teniendo las nuevas tecnologías en la mejora de la calidad asistencial que se presta a la mujer gestante, concretamente en los aspectos de satisfacción (mejoras en gestión) y seguridad (mejoras en el acceso a información de confianza). Para conseguirlo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada al respecto en varias bases de datos.

Material y métodos

Para realizar la revisión de la bibliografía existente se siguieron las recomendaciones del estándar PRISMA, por lo tanto, antes de iniciar la búsqueda en la literatura y la extracción de los datos posteriores se desarrolló un protocolo de revisión que describe cada paso de la revisión sistemática. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Fecha de publicación entre enero de 2000 y diciembre de 2014.
- Artículos que versen sobre las tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la salud, nuevas tecnologías, internet, satisfacción del usuario y calidad percibida y que afecten a matronas y/o mujeres gestantes.

Se establecieron tres áreas temáticas de búsqueda para ampliar la población de artículos y trabajos relacionados:

- Artículos relacionados con el uso de las TIC por los usuarios del sistema de salud y en concreto su influencia en mujeres gestantes.
- Artículos relacionados con el uso de las TIC por las matronas y, en general, por el personal sanitario.
- Artículos relacionados con los cambios que las nuevas tecnologías están generando en el modelo de gestión del sistema sanitario.

Se han analizado los artículos publicados en las siguientes bases de datos bibliográficas secundarias: *PubMed, Cochrane* (en inglés y español), *Cuidatge*, MEDES y CUIDEN con un periodo temporal limitado al comprendido entre los años 2000 y 2014. En una primera fase se utilizaron las siguientes palabras clave: tecnologías de la información y comunicación (TIC), internet, matrona, mujer gestante, nuevas tecnologías, *apps*, telemedicina, satisfacción, procedimiento y calidad percibida. En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones *booleanas* de los términos anteriores. Se completó la búsqueda acudiendo a informes de empresas públicas y privadas relacionadas con las TIC y la sanidad además de consultar la aplicación *Scholar Google* y las bases de datos de *SciELO, ScienceDirect* y Elsevier (Figura1).

Resultados

La primera búsqueda generó más de 824 registros con las palabras clave indicadas. Tras afinarla, en una segunda fase se seleccionaron un total de 42 referencias cuyos contenidos se han considerado de interés. Finalmente se han analizado

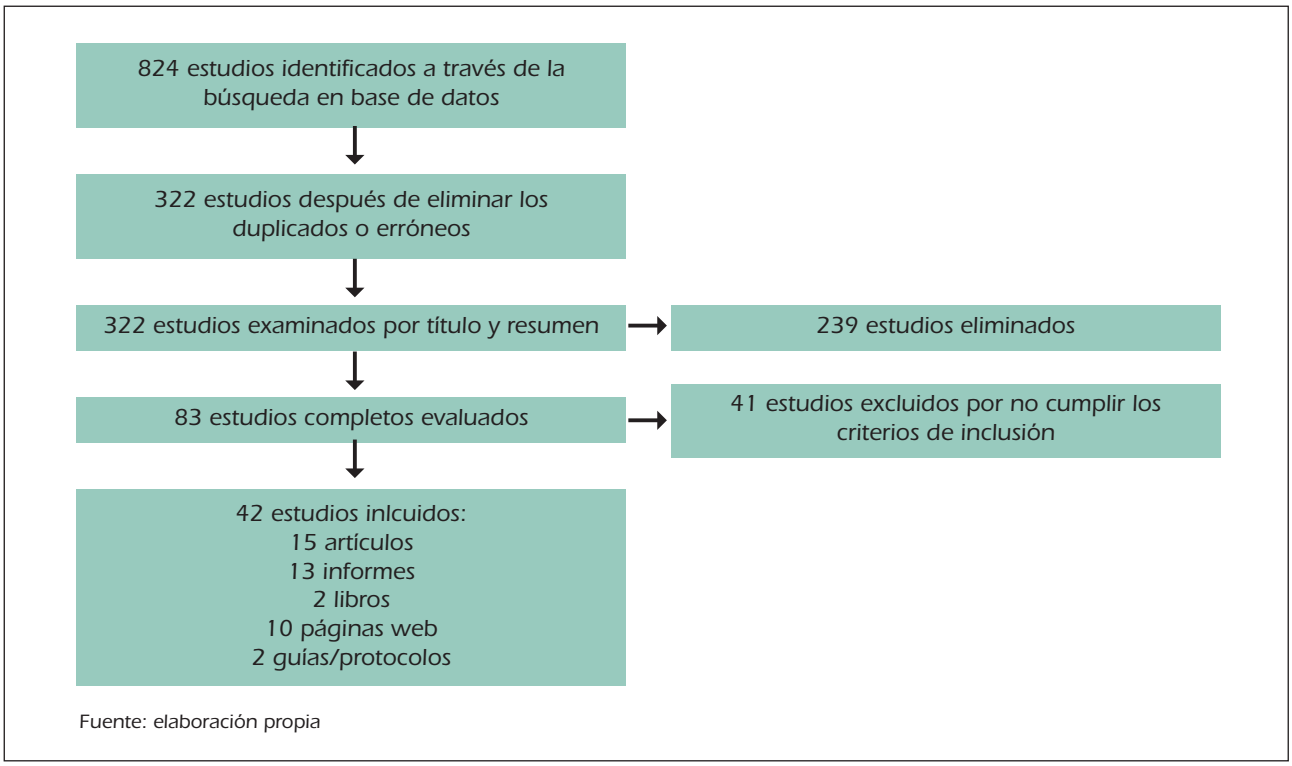


Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA

para la revisión 15 artículos, 13 informes, dos libros, 10 páginas web y dos guías/protocolos de cuidados.

Discusión

En el proceso de mejora de la calidad asistencial, el uso de las TIC abre un abanico de oportunidades para mejorar la satisfacción, seguridad y calidad de la asistencia a la mujer gestante en particular y el paciente en general. Según el informe para la mejora del sector sanitario[9] los principales beneficios que la implementación de las TIC han traído al sector han sido el incremento de la calidad en la atención al usuario y la eficiencia, la reducción de los costes de los servicios médicos, la disminución de costes administrativos y la aparición de modelos de sanidad completamente nuevos.

La aparición de nuevas tecnologías con un alto potencial transformador posibilita mejoras en áreas específicas como Atención Primaria (mejoras en la entrega de información y coordinación de los cuidados sanitarios), el acceso a la sanidad (telemedicina) y la calidad de la medición y el rendimiento de la supervisión remota del paciente (recogida y procesamiento de datos electrónicos). Los servicios obstétricos, como parte esencial del sistema sanitario, también se han beneficiado de estos avances tecnológicos.

El uso de internet como primer canal de información y consulta sobre cuestiones de salud ha abierto una brecha importante en cuanto a la seguridad de la información que consultan las mujeres gestantes. La variabilidad y escaso control de las fuentes hace que no siempre sean de fiar. El usuario ha incorporado internet a sus prácticas no llegando a sustituir ninguno de los otros canales, sino de manera complementaria para ampliar información. Aunque este canal se ha desarrollado con fuerza se le considera de baja confianza y fiabilidad aunque se utiliza en primera instancia como buscador para acceder a la información demandada[10].

En general, las nuevas tecnologías han afectado a la calidad asistencial de la mujer gestante en dos aspectos principalmente: el que afecta a las mejoras en gestión del sistema (mejoras en satisfacción percibida) y el que afecta a la calidad de la información sanitaria (mejoras en seguridad de la mujer).

Gestión

El análisis de artículos e informes[11-24] muestra que el crecimiento de la demanda sanitaria por una población envejecida, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, con el consiguiente gasto farmacéutico, la escasez de profesionales sanitarios y la medicalización de la sociedad han incrementado los gastos sanitarios haciendo muy difícil la mejora de la satisfacción de la mujer gestante[11]. Para paliar estos efectos, la incorporación de nuevas tecnologías a la sanidad permite evolucionar hacia un sistema de salud con una medicina proactiva y con nuevos modelos de organi-

zación del trabajo en hospitales y centros de primaria[6]. Los objetivos que se persiguen con la implantación de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario van enfocados al aumento de la calidad asistencial, su continuidad en el tiempo y accesibilidad y sobre todo su sostenibilidad por el alto coste económico que conlleva el hecho de hacer de la atención sanitaria gratuita un derecho universal[12-15]. La integración de las TIC en la estrategia general del sistema de salud se ha plasmado en el desarrollo de tres áreas que afectan directamente a las mujeres gestantes:

- Historia clínica electrónica (HCE) e historia clínica digital (SNS).
- Receta electrónica.
- Cita por internet.

La tarjeta sanitaria individual (TSI), la historia clínica electrónica o digital (HCE) y la cita por internet son la punta de lanza de una serie de herramientas *online* que permiten a la mujer gestante ahorrar tiempo y desplazamientos. Los progresos de la sanidad electrónica no son homogéneos en todas las comunidades autónomas aunque ya hay avances visibles pudiéndose identificar servicios[16]. El 93% de los centros de salud de ámbito nacional cuenta ya con sistemas de HCE que permiten a las matronas consultar la información clínica de las mujeres embarazadas en cualquier centro o comunidad autónoma. También el 55% de los centros de salud del SNS dispone ya del servicio de receta electrónica, con lo que el 39% del total de recetas dispensadas en 2011 fue electrónica[17]. La utilidad de las nuevas tecnologías como elemento de mejora de la productividad es un hecho contrastado, su impacto sobre los procesos asistenciales, los diagnósticos y terapéuticos es enorme dado que la actividad sanitaria implica la colaboración de un buen número de profesionales, jugando un factor clave para la coordinación[18,19].

Además de ventajas, estos avances también plantean algunas dudas que se resolverán a medida que se vayan implantando como son la falta de evidencia rentable en las tecnologías de salud *online*, la interconexión operativa entre los diversos sistemas del área de salud, las desigualdades potenciales derivadas de la brecha y la falta de definición específica de la nueva relación personal sanitario-usuario[20]. Actualmente parece que el problema no es la falta de infraestructuras, sino el desarrollo de servicios adecuados y el cambio en la mentalidad del personal sanitario para que modifique unos hábitos de trabajo demasiado asentados[21-24].

Calidad

Uno de los aspectos de la calidad asistencial que más preocupa desde el punto de vista de la seguridad del paciente es la calidad de la información sanitaria y los productos y servicios derivados debido al gran potencial que tienen para mejorar nuestra salud o para dañarla. La demanda por parte de las mujeres gestantes de información competente y confiable es cada vez mayor gracias a los avances que han proporcionado las TIC, nunca se había tenido acceso a tanta información tan fácilmente y al mismo tiempo nunca había sido tan difícil encontrar verdadero conocimiento[7,8,25]. En la bibliografía consultada[26-42] se han encontrado efectos adversos que condicionan de forma importante la consulta de información obstétrica sin la recomendación de la matrona, como son la calidad de los contenidos digitales, su veracidad y su necesaria normalización, el exceso de información existente, la seguridad y confidencialidad de la información que se consulta o se cede a las instituciones sanitarias, proveedores de salud o en internet y cómo se protegen los datos facilitados. Todos estos aspectos afectan a la seguridad de la mujer gestante (Figura 2).

Fuente: elaboración propia

Figura 2. Aspectos de la Calidad Asistencial

Según la bibliografía, las TIC han proporcionado varias herramientas que ayudan a las mujeres embarazadas a obtener información de calidad y mejorar el seguimiento de su embarazo[26]. Para optar por una de ellas es conveniente que sea la matrona la que guíe en la elección del medio que mejor se adapte a las condiciones socio-económico-culturales de la mujer. Estas herramientas son:

- Páginas web sanitarias con información obstétrica.
- *Apps* sanitarias para móviles *(mHealth)*.

Dado que sin el debido control, la fiabilidad de los contenidos disminuye se hace imprescindible llevar a cabo una normalización de los desarrollos y aplicaciones derivadas de las herramientas comentadas.

Selección de páginas web sanitarias con información obstétrica

Existe una gran cantidad de páginas web con información obstétrica, pero en la mayoría de las ocasiones sus contenidos vienen de fuentes poco fiables o poco rigurosas de ahí la necesidad de una evaluación previa. En los últimos años diversas organizaciones ofrecen herramientas específicas de búsqueda, calificación y clasificación de esta información en internet. El objetivo es ayudar al usuario a filtrar la información para poder distinguir los contenidos válidos y fiables de los inexactos o engañosos[27-29]. También ha aparecido una serie de iniciativas sobre códigos éticos promovidos por distintas organizaciones como la fundación *Health on the Net* (HON)[30], la Asociación Médica Americana (AMA)[31] o la *Internet HealthCare Coaliation*[32] con el objetivo de desarrollar una serie de principios éticos que permita crear servicios e información de salud en internet creíble y confiable para el usuario empoderado. No existe consenso sobre cuál es el mejor o más efectivo método de evaluación estando agrupados en los siguientes:

- Códigos de conducta.
- Certificaciones de terceros.
- Cuestionarios.
- Guías de comprobación por el usuario
- Herramientas de filtrado.

Actualmente la aplicación de cualquiera de estos criterios determina que la página web consultada tiene un nivel mínimo de calidad tanto en el contenido de la información como en su fiabilidad. Para la matrona la adhesión de la página web consultada a un código de conducta, especificando si los contenidos científicos y divulgativos se han contrastado y validado, parece ser el mejor método para diferenciar páginas obstétricas de calidad. La finalidad de cualquiera de estos métodos será la de proteger a la mujer gestante, aunque en algunos casos para lograrlo será mejor educarla como usuaria crítica con la información buscada.

Calidad y normalización de *apps* sanitarias para móviles

La difusión creciente de los teléfonos inteligentes tipo *smartphone* ha impulsado el uso de aplicaciones móviles que ofrecen servicios de atención médica para mejorar la seguridad y la autonomía de los pacientes y optimizar el diagnóstico y tratamiento de los mismos personalizando el tratamiento[33]. Estas herramientas no pretenden sustituir al personal sanitario, sino que se consideran como una herramienta de apoyo para la gestión y prestación de la asistencia sanitaria[34].

A pesar del interés en estas aplicaciones y el entusiasmo por su uso, todavía no ha comenzado la corriente principal de la prestación de asistencia sanitaria, y en muchos aspectos todavía son vistos como una novedad. Según los autores consultados[7,8,35] estos servicios plantean fenómenos preocupantes como el tratamiento inadecuado de los datos recogidos, el intercambio de información sensible no deseada con terceros y la seguridad de los datos personales que podrían estar expuestos accidental o fácilmente a personas o empresas no autorizadas.

La seguridad de las soluciones *mHealth* es motivo de preocupación debido a la falta de confianza en las mismas dado que algunas soluciones no funcionan como era de esperar, no han sido debidamente probadas o en algunos casos pueden incluso poner en peligro a los usuarios recomendando dosis erróneas de medicación[36-38].

No existen actualmente normativas o certificaciones universalmente aceptadas que regulen el desarrollo, calidad y veracidad de las *apps* sanitarias. En EE.UU. la regulación de estas aplicaciones la realiza la FDA americana con su *Mobile medical Application-Guidence FDA* de septiembre de 2013[33,39]. En Europa el marco legislativo para la certificación de *apps* de salud, que sirve para asegurar unos estándares de efectividad y seguridad mínimos, está desarrollado por la Directiva 93/42/CE sobre productos sanitarios, que en España se traspone en el Real Decreto 1591/2009. En el ámbito europeo se dispone de información en la Biblioteca de aplicaciones móviles sanitarias del NHS inglés[40] y el *European Directiory of Health Apps´s*[41]. En Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria ha elaborado una serie de recomendaciones incluidas en la Estrategia de Calidad y seguridad de *apps* de salud de la Junta de Andalucía, que pretenden fomentar el buen uso y desarrollo de las aplicaciones móviles de salud. Estas recomendaciones están dirigidas a todos los colectivos: desarrolladores, profesionales sanitarios y ciudadanía, y se reconoce el cumplimiento de las mismas con el distintivo denominado *App-Saludable*[42].

A pesar de todas estas iniciativas las formas más comunes de revisión y categorización de las *apps* sanitarias siguen pasando por revisiones independientes de revistas y usuarios, listas creadas por guías de bibliotecas de instituciones académicas/sanitarias y, por último, las publicaciones basadas en el modelo *peer-review* en internet.

Está todavía por definir un marco jurídico que fije las reglas del desarrollo de estos productos, la falta de una normativa específica en el ámbito mundial ha llevado tanto a proveedores como a desarrolladores de aplicaciones a la necesidad de validación previa de las *apps* como único medio de asegurar y aumentar la seguridad del paciente. La solución para realizar esta validación puede tener varios enfoques y la revisión por pares es uno de ellos, aunque no es práctica debido al crecimiento exponencial que experimentan el número de aplicaciones móviles en el mercado.

Conclusiones

Las TIC están afectando profundamente no solo a mujeres gestantes y matronas, sino a todo el sistema sanitario que ve como el modelo de prestación de servicios está cambiando hacia una sanidad proactiva con un usuario empoderado, activo e informado, centrado en la prevención y cuidado de su enfermedad. Las mejoras que las TIC han traído a la gestión sanitaria afectan directamente a la mujer embarazada, disminuyendo los tiempos de espera y de desplazamientos innecesarios, haciendo accesible su información a la matrona de forma inmediata en cualquier centro sanitario.

La facilidad de acceso a herramientas Web 2.0 y *apps* sanitarias hace que sea más fácil el contacto entre mujeres gestantes y matronas mediante correo electrónico, redes sociales y *blogs* lo que redunda en una humanización aún mayor del proceso del parto. La potencialidad del uso de internet como espacio de búsqueda e intercambio de información y conocimiento se ha traducido en un aumento de la información obstétrica disponible para las mujeres gestantes y un aumento de los flujos de información entre estas y las matronas. Este incremento de la información disponible no tiene por qué suponer una pérdida de confianza en la consulta a la matrona, en todo caso debería aumentar dado que la mujer gestante necesita un profesional que le ayude a contrastar informaciones, seleccionar la que es de calidad y tener un uso adecuado de ella.

A pesar de todos los efectos positivos de las nuevas tecnologías es necesario potenciar las redes de creación, distribución y utilización de contenidos de salud de calidad en internet junto con una participación más activa de la matrona como generadora de contenidos de calidad sobre Obstetricia y de utilidad para las mujeres en periodo de gestación. El papel que se ha de desarrollar en las redes sociales es similar al que ya se lleva a cabo en los centros de Atención Primaria y Especializada: informar, formar y distribuir la información clínica de forma asimilable por la mujer gestante.

El análisis realizado permite hacer una valoración positiva del efecto de las TIC como elementos de mejora de la calidad asistencial ofrecida a las mujeres embarazadas, además de convertirse en el complemento perfecto para la matrona para lograr mejoras ostensibles en la atención a los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Bibliografía

1. WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989 [citado 15 nov 2016];1:79-95. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2490962
2. Salinas H, Erazo M, Pastén J, Preisler J, Ide R, Carmona S, et al. Indicadores de Calidad de Asistencia en Obstetricia. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(2):114-20.
3. Campillo F, Casellas M, García-Hernández JA, Miranda P, Romero F, Santamaría R. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. Madrid: Fundación Avedis Donabedian. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 1999.
4. Ortún V. La refundación de la atención primaria. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Centro de Investigación en Economía y Salud. Barcelona: CRES Universidad Pompeu Fabra; 2011.
5. Salud 2.0 [Internet]. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_2.0
6. Reutskaja E, Ribera J. Gestión remota de pacientes. Un estudio sobre las percepciones de pacientes y profesionales en España. Barcelona: IESSE- Telefonica; 2013 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.iese.edu/research/pdfs/ESTUDIO-305.pdf
7. Altés J. Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual. Semin Fund Esp Reumatol. 2013; 14(2):31-5.
8. Jiménez Pernett J, García Gutiérrez JF, Martín Jiménez JL, Bermúdez Tamayo C. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. En: Hernández E, Gómez-Zúñiga B (coords.). Intervención en salud en la Red. UOC Papers [internet]. N.º 4. UOC 2007. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf
10. eEspaña 2014. Informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España. Fundación France Telecom España. www.fundacionorange.es. 2012. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: https://www.proyectosfundacionorange.es/docs/eE2014/Informe_eE2014.pdf
11. García Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. Copenhague: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud; 2010. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/HiT2010.pdf
12. Gutiérrez Fernández R. El papel de las e-TIC en la evolución de los servicios de salud. Los retos tecnológicos de la salud. SATECAV 2009. Primer foro Salud, Tecnología y Calidad de Vida. Barcelona 2009. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://semerwp.saluddigital.net/wp-content/uploads/2010/09/SaludTecnoCal.pdf
13. Prados de Reyes M, Pérez Yáñez C. Tecnologías de la información en la gestión del conocimiento en el ámbito hospitalario. Granada: Editorial Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.

14. García Cantero J. Las TIC´s en el Marco de la e-Salud. Revista-eSalud.com. [revista online] 2009; 5(19):1-4.

15. Improving Health Sector Efficiency. OECD HEalth Policy Studies. 2010 [citado 16 nov 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/oecd_ict_en.pdf

16. Marimon Suñol S, Rovira Barberà M, Acedo Anta M, Nozal Baldajos MA, Guanyabens Calvet J. La historia clínica compartida de Cataluña. Med Clin (Barc). 2010; 134 Supl 1:45-8.

17. Polo Sanz P. Las TIC en el SNS. El Programa Sanidad en Línea. Seminario "TIC EN SANIDAD (VI): Control del presupuesto y Gestión del Gasto". 2011 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.socinfo.es/contenido/seminarios/sanidad6/PilarPolo.pdf

18. Observatorio Nacional de las telecomunicaciones y de la SI. Los ciudadanos ante la e-sanidad. Estudios e informes. Julio 2011 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf

19. Narváez MI, Toribio C. Ciencias de la Salud-e-Salud 2020 Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. 2006. Disponible en: http://panelfenin.es/uploads/fenin/documento_estudios/pdf_documento_17.pdf

20. Ballestero F. La brecha digital. El riesgo de exclusión en la Sociedad de la Información. Madrid: Fundación AUNA; 2002.

21. Nadal J. Las TIC´s y la Sanidad del Futuro. Bit [revista online] 2007 [citado 15 nov 2016];163:36-40.

22. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, et al. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. PLoS Med, 2011; 8(1):e1000387.

23. Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC´s. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE Revista Enfermería. 2010; 4(2):10-8.

24. Galimany Masclans J, Roca Roger M, Girbau García MR. Las tecnologías de la Información y la comunicación en los sistemas sanitarios. Un nuevo reto para la enfermera. Metas Enferm 2012; 15(3):6-10.

25. Eysenbach G. What is e-health? Med Internet Res. 2001; 3(2):E20.

26. Conesa Fuentes MC, Aguinaga Ontoso E. Evaluación de la calidad de las páginas web con información sanitaria: una revisión bibliográfica. BiD: textos universitaris de biblioteconomia i documentació. [revista online] Noviembre 2009. [citado 15 nov 2016]; núm. 23. Disponible en: http://bid.ub.edu/23/conesa2.htm

27. Comisión de las comunidades europeas. eEurope 2002: criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://wma.comb.es/Upload/Documents/eEurope2002.pdf

28. Batalla M. Sellos de calidad en las páginas web, una ayuda para el usuario. Aten primaria. 2009; 41(10):543-44.

29. Mayer MA, Leis A, Sanz F. Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. Aten Primaria. 2009; 41:534-44.

30. The Health On the Net Foundation [sede web]. Chêne-Bourg-Switzerland: HON. 1995. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.hon.ch/

31. American Medical association. Health Insurer Code of Conduct. 2010 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.ama-assn.org/Documents/AMA_Code_of_Conduct_Principles_final.pdf

32. Mack J. The Internet Healthcare Coalition. Journal of Medical Internet Research 2000; 2(1):e3. doi:10.2196/jmir.2.1.e3.

33. Mobile Medical Applications. Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Septiembre 2013. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/.../UCM263366.pdf

34. European Comission. GREEN PAPER on mobile Health ("mHealth"). Bruselas. 10 abril 2014. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=5147

35. Mira Solves JJ, Pérez Jover V, Lorenzo Martínez S. Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce. Aten Primaria. 2004; 33(7):391-99.

36. Wolf JA, Moreau JF, Akilov O, et al. Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection. JAMA Dermatol. 2013; 149(4):422-6.

37. Crocco AG, Villasis-Keever M, Jadad AR. Analysis of cases of harm associated with use of health information on the internet. JAMA. 2002; 287(21):2869-71.

38. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA. 2005; 293(10):1223-38.

39. FDA to Regulate Some Health Apps. New York Times, 23 de septiembre de 2013 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.nytimes.com/2013/09/24/health/fda-to-regulate-only-some-health-apps.html?_r=3&

40. National Health Service. The Health Apps Library. Noviembre 2013 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://apps.nhs.uk/

41. PatientView. The European Directory of Health Apps. http://www.patient-view.com/ Octubre 2012. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://g3ict.org/download/p/fileId_955/productId_265

42. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [sede web]. Sevilla: Conserjería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.calidadappsalud.com/

encuentr@
Enfermería inteligente

El buscador de contenidos científicos actualizados y específicos de la Enferteca. Una herramienta esencial de apoyo para realizar búsquedas precisas. La respuesta fiable a todas tus necesidades y con el que tendrás todas las garantías de éxito.

El mejor buscador de contenidos en Enfermería con el que ahorrarás tiempo

PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR
a partir de fuentes fiables, actualizadas y reseñables, cualquiera de los contenidos consultados.

MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS
a texto completo, revisados y actualizados

124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES
de Enfermería en español

MILES DE DOCUMENTOS
de todos los términos relacionados con Ciencias de la Salud

TODAS LAS MATERIAS

Todas las especialidades.
Todas las técnicas y procedimientos.
Todos los cuidados avanzados.
Toda la investigación y actualidad enfermera.
Todo ello ajustado a la realidad enfermera de nuestro país.

www.encuentra.enfermeria21.com
info@enfermeria21.com

grupoparadigma

[1] Lorena Corcuera Ortíz de Guzmán
[1] Rocío Palomo Gómez
[1] Patricia Gilart Cantizano
[2] Luciano Rodríguez Díaz
[3] Juana María Vázquez Lara

Vacunación en la gestación y estrategia nido para la prevención de la tosferina en el lactante

[1] Matrona. Hospital Quirón Campo de Gibraltar.
[2] Matrona. Hospital Universitario de Ceuta. Profesor Unidad Docente de Matronas de Ceuta y componente del grupo SEEUE de urgencias obstétrico-ginecológicas.
[3] Enfermera 061 y matrona. Coordinadora y profesora de la Unidad Docente de Matronas de Ceuta y Coordinadora del grupo de la SEEUE de urgencias obstétrico-ginecológicas. Matronas, Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

E-mail: lorenacorcuera@hotmail.com

Resumen

La bacteria causante de la infección por tosferina *(Bordetella pertussis* o *Bordetella parapertussis)* es motivo de preocupación por la frecuencia y gravedad de la enfermedad en niños muy pequeños y por la aparición en los últimos años de brotes epidémicos en diferentes países, incluso con altas coberturas vacunales. Este aumento de la incidencia ha causado la adopción de nuevas estrategias vacunales con la finalidad de proteger al lactante pequeño y disminuir la enfermedad en toda la población. Las estrategias recomendadas por las grandes organizaciones mundiales, como la *American College of Obstetricians and Gynecologists* en marzo de 2012 junto a la *American Academy of Pediatric* y la Asociación Española de Pediatría en el 2013, son la vacunación de la mujer embarazada a partir del tercer trimestre además de la vacunación a las personas que puedan estar en contacto más cercano con el lactante (estrategia nido), fundamentalmente, abuelos, hermanos o cuidadores, que puedan trasmitirle la enfermedad. La implementación de estas estrategias en países como Australia, Francia, Alemania, Canadá, Suiza y Estados Unidos ha hecho reducir casi en un 70% la enfermedad en dichos países. Por todo ello, los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos y pediatras) tienen un papel fundamental en la implementación de estas estrategias para un mejor control de la infección.

Palabras clave: tosferina; vacuna; mujer embarazada; epidemiología.

Abstract

Immunization during pregnancy and nest strategy for whooping cough prevention in infants

Bacterial agents causing whooping cough (Bordetella pertussis or Bordetella parapertussis) are a cause of concern because this is a common and serious disease in very young infants and in recent years has been observed in outbreaks in various countries having a high vaccination coverage. Such increased incidence has led to the use of novel immunization strategies aimed at protecting young infants and reducing the disease in the overall population. Strategies currently recommended by worldwide large organizations, such as American College of Obstetricians and Gynecologists in March 2012, and American Academy of Pediatric and Spanish Pediatric Association in 2013, are based on immunization of pregnant women beginning in the third trimester together with immunization of closed contacts of infants (nest strategy), particularly grandparents, siblings, or caregivers as a potential infection origin. Implementation of such strategies in countries such as Australia, France, Germany, Canada, Switzerland and the United States has reduced the disease by 70% in these areas. Thus, healthcare workers (midwives, gynecologists and pediatricians) play a key role in implementing such strategies for a better infection control.

Key words: *whooping cough; vaccine; pregnant woman; epidemiology.*

Introducción

La tosferina es una infección bacteriana aguda causada por *Bordetella pertussis* o por *Bordetella parapertussis*, y es motivo de preocupación por la frecuencia y gravedad de la enfermedad en niños muy pequeños y por la aparición en los últimos años de brotes epidémicos en diferentes países, incluso con altas coberturas vacunales. La transmisión de dicha enfermedad se produce por contacto directo con las personas infectadas, siendo la contagiosidad muy alta. Los adolescentes y los adultos suelen presentar formas clínicas leves, pero los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable, con altas tasas de complicaciones y mortalidad. Tras un periodo de incubación de 9-10 días se presentan los síntomas catarrales que incluyen tos. Durante 1-2 semanas puede aparecer tos paroxística que puede acabar con el típico estridor. En la infancia temprana la tosferina puede causar apnea y cianosis sin tos, mientras que en adolescentes y adultos la tos persistente suele ser la única manifestación que puede durar hasta varios meses. La tosferina es una causa importante de muerte en los niños pequeños de todo el mundo, incluso en países con alta cobertura de vacunación infantil (Gráfico 1).

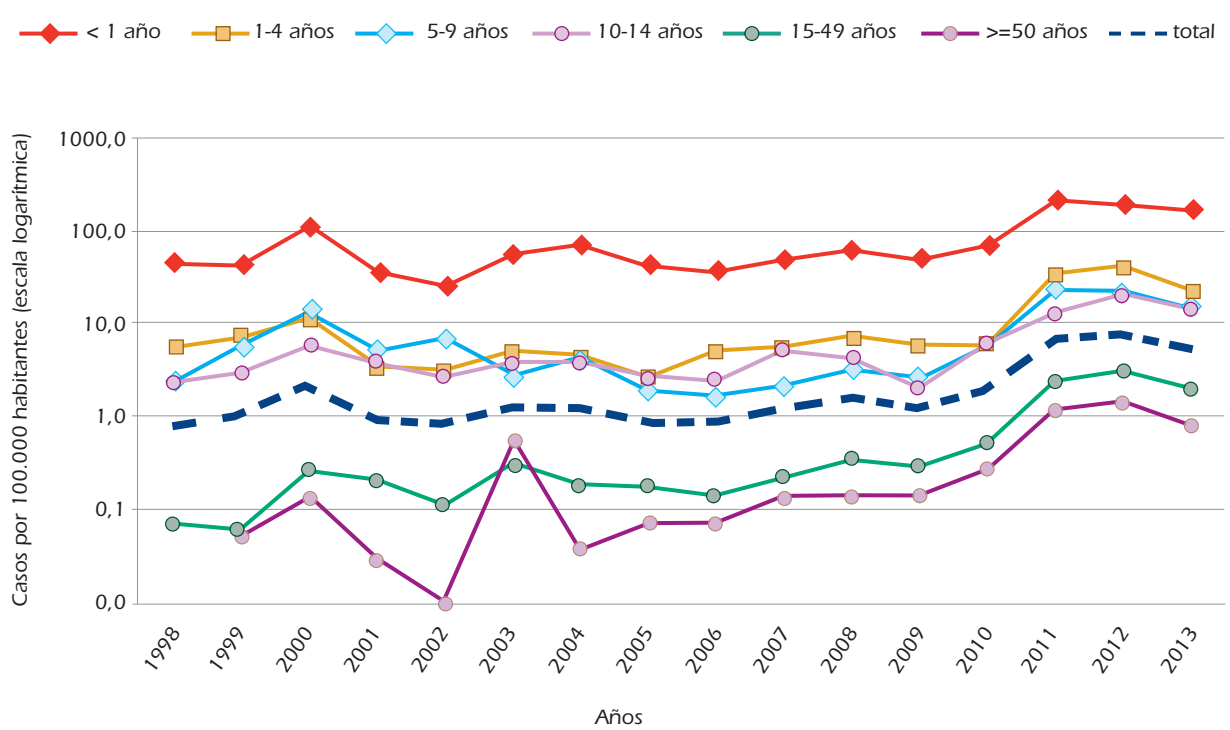
En España, la tosferina descendió en los años 80. Sin embargo, en el 2011 se ha observado un aumento, y en el año 2012 se han registrado 3.104 casos, lo que representa un índice epidémico de 5,1 (un índice epidémico mayor a 1,25 se considera alto). Estos cambios epidemiológicos justifican la adopción de nuevas estrategias vacunales con la finalidad de proteger al lactante pequeño y disminuir la incidencia de la enfermedad en toda la población.

Objetivo

Presentar y difundir a los profesionales sanitarios las recomendaciones actualizadas para la reducción de la morbimortalidad infantil producida por la tosferina.

Material y método

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de *Medline, Pubmed, Embase, CINALHL, Chocrane Library* y *Google* académico utilizando los descriptores "tosferina, vacunación, embarazada, epidemiologia". Con los artículos seleccionados se analiza la evidencia científica actual sobre la vacunación de la dTpa a la mujer embarazada y la estrategia nido.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de Trabajo Tosferina 2015. Adenda Actualización en "Revisión del programa de vacunación frente a tos ferina en España". Vacunación frente a tos ferina en embarazadas. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Madrid 2015

Gráfico 1. Incidencia de tosferina por 100.000 habitantes por grupos de edad. España, 1998-2013

Resultados

Según las últimas recomendaciones para la prevención de la tosferina en el lactante por diversos organismos y sociedades, entre ellos el *American College of Obstetricians and Gynecologists* en marzo de 2012, junto a la *American Academy of Pediatric* y la Asociación Española de Pediatría en el 2013 se aconseja la vacunación de la mujer embarazada. La vacunación de la mujer gestante tiene varios beneficios: en primer lugar, evitar que la madre adquiera la tosferina y contagie a su recién nacido, y en segundo lugar que el feto reciba los anticuerpos a través de la placenta y la leche materna, este mecanismo protegerá al neonato durante los primeros 2-3 meses de vida extrauterina hasta su primovacunación[2-4]. Si la vacunación se realizara en el postparto, los anticuerpos transferidos a través de la lactancia materna comenzarán a producirse a las dos semanas de la misma, por lo que supondría una desprotección neonatal en las dos primeras semanas[4]. La vacunación frente a *Bordetella pertussis* en el embarazo es considerada una forma segura e inmunogénica para la madre.

En lo referente a la seguridad de la vacunación en el embarazo, existen datos de estudios de cohortes retrospectivos donde se vacunó principalmente a mujeres en el primer trimestre embarazo como medida profiláctica y donde la incidencia de abortos espontáneos o inducidos no aumentó, y a su vez no se mostraron diferencias significativas entre partos pretérmino, edad gestacional o peso al nacimiento entre los niños cuyas madres habían recibido dTpa y las que no la habían recibido6. También se llevó a cabo un ensayo clínico en fase 1-2 en el que se evaluó la seguridad de la vacunación con dTpa en mujeres embarazadas con 30-32 semanas de gestación (tercer trimestre) y como grupo control mujeres vacunadas no gestantes, en el cual no existieron diferencias significativas entre la reacciones adveras tanto locales como sistémicas, en ambos grupos. Numerosos trabajos demuestran que la inmunización en las fases iniciales de la gestación genera una protección insuficiente frente a la tosferina en el postparto inmediato. La inmunización durante el tercer trimestre de la gestación es el mejor momento para alcanzar título de anticuerpos frente a *B. pertussis* protectores para el recién nacido desde el primer día de vida[7].

También puede tener un mayor impacto sobre la incidencia de la tosferina en el lactante la vacunación de las personas con quienes convive o va a convivir, lo que se conoce como "estrategia del nido" *(cocoon strategy)*. Diferentes estudios han mostrado que hasta en el 84% de los casos la fuente de infección o caso primario de la tosferina generalmente es un miembro de la familia que se encuentra en contacto frecuente con el lactante. Por este motivo, entre las actuales recomendaciones de vacunación contra la tosferina en algunos países se incluye la administración de una dosis de vacuna dTpa de recuerdo para todas las personas que tienen contacto con el mismo: padres, hermanos, abuelos y cuidadores[6,8]; ya que se estimó que cuando la estrategia del nido está bien implementada puede reducir hasta el 70% de los casos de tosferina en los lactantes menores de 3 meses. Las vacunas dTpa (Boostrix® y Triaxis®), actualmente disponibles en España, también pueden administrarse de forma simultánea con otras vacunas o inmunoglobulinas en lugares anatómicos diferentes. A pesar de que la madre puede ser la transmisora más frecuente, la inmunización solo de las madres después del parto no es suficiente para reducir las infecciones por *B. pertussis* en los lactantes menores de 6 meses. La vacunación de las personas en contacto directo con el lactante debe ser al menos de dos semanas antes del nacimiento. Esta estrategia por sí sola es insuficiente y difícil de implementar para prevenir la morbilidad y la mortalidad de la tosferina en el lactante pequeño.

Conclusiones

Se puede concluir que en la última recomendación de octubre de 2011, ACIP indicó la vacunación de las mujeres embarazadas no vacunadas con una dosis de vacuna dTpa, posteriormente en el año 2012 el ACIP amplió la recomendación a todas las mujeres embarazadas, independientemente de que hubieran sido vacunadas o no con dTpa antes del embarazo y recomendó administrar una dosis de esta vacuna en cada embarazo, independientemente del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior. Esta misma estrategia ha sido adoptada en otros países como Canadá, Reino Unido y las CC.AA. de Cataluña y Asturias que han implantado la vacunación con dTpa en la mujer embazada, en España. Los cambios epidemiológicos que se han ido observando en los últimos 25-30 años en países con elevadas coberturas vacunales (Estados Unidos, países de la EUVAC-NET, Australia), con aparición de brotes importantes y una distribución bipolar por edades, justifican la adopción de medidas para intentar proteger al recién nacido y el lactante menor de 6 meses, que por su edad no ha iniciado o no ha completado la primovacunación[9,10].

Las condiciones ideales de implementación serían la vacunación de la futura madre a partir del tercer trimestre de embarazo, la del padre y otros convivientes/cuidadores (hermanos, abuelos) del bebé, dos semanas antes de la fecha prevista de parto para poder desarrollar una respuesta vacunal protectora antes del nacimiento del bebé susceptible[11].

No obstante, no deja de tener limitaciones y quizás la estrategia del nido por sí sola no es probable que pueda evitar las muertes relacionadas con la tosferina en el recién nacido, la complementación con la vacuna de la mujer embarazada en el tercer trimestre del embarazo podría ser la más beneficiosa.

La evidencia científica ha demostrado una mayor reducción de los casos de tosferina en los lactantes en los primeros

meses de vida con la estrategia de vacunar a las mujeres gestantes a partir de la semana 20 de embarazo junto a la estrategia del nido, vacunando a madres, padres y abuelos dos semanas antes del parto como ocurre en países como Australia, Francia, Alemania, Canadá, Suiza y Estados Unidos. Por todo ello, las grandes organizaciones mundiales recomiendan estas estrategias para reducir la incidencia de la enfermedad. Por lo tanto, los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos y pediatras) tienen un papel fundamental en la implementación de estas estrategias[12] y están obligados a plantearse, ante esta situación epidemiológica actual que tiene España, la necesidad de incorporar estas y otras nuevas estrategias vacunales para un mejor control de la infección.

Bibliografía

1. Campins M, Moreno-Pérez D, Gil-de Miguel A, González-Romo F, Moraga-Llop FA, Arístegui-Fernández J, Goncé-Mellgren A, Bayas JM, Salleras-Sanmartí L. Tosferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tosferina. 2013; abril 04.
2. Boostrix. Package insert. Food and drug administration. March 2012. [cited 15 nov 2016]. Available from: http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/UCM152842.pdf
3. Adacel. Package insert. Food and drug administration. February 2012. [cited 15 nov 2016]. Available from: http:/www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UC
4. Weston W, Friedland L, Wu X, Howe B. Vaccination of adults 65 years of age and older with tetanus, toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Boostrix): results of two randomized trials. Vaccine 2012; 30:1721-1728.
5. Li W, Wu T, Huang Y, Huang L. Boostrix: a reduced-dose acellular pertussis vaccine for use in adolescents and adults. Exp Rev Vaccines 2009; 8:1317-27.
6. Centers for Disease Control and Prevention. ACIP provisional updated recommendations on use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) for pregnant women. [cited 15 nov 2016]. Available from: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/recs-by-date.html
7. Public Health Medicine Communicable Disease Group HSE. Guidelines for the public health management of pertussis. October 2013. [cited 15 nov 2016]. Available from: https://www.hpsc.ie/A-Z/VaccinePreventable/PertussisWhoopingCough/InformationforHealthcareWorkers/File,13577,en.pdf
8. Chief Medical Officer. Information about whooping cough vaccination programme for pregnant women. 28 September, 2012. [cited 15 nov 2016]. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/whooping-cough-vaccination-programme-for-pregnant-women
9. Hardy-Fairbanks AJ, Pan SJ, Johnson DR, Bernstein HH. Immune responses in infants following receipt of pertussis immunization by their mothers during pregnancy. Presented at the 48th Infectious Diseases Society of America Annual Meeting. Vancouver, Canada; October 21-24, 2010.
10. Van Savage J, Decker MD, Edwards KM, Sell SH, Karzon DT. Natural history of pertussis antibody in the infant and effect on vaccine response. J Infect Dis 1990; 161:487-92.
11. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2011. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: www.aeped.es
12. HPA Guidelines for the Public Health Management of Pertussis Health Protection Agency. U.K. 2012. [cited 15 nov 2016]. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/323103/HPA_Guidelines_for_the_Public_Health_Management_of_Pertussis_Incidents_in_Healthcare_Settings_PB6401-Oct_2012.pdf

María de los Ángeles Carrasco García

Ejercicio físico y recuperación postparto

Matrona del Hospital Miguel Servet, Zaragoza. *E-mail: macaga5555@gmail.com*

Resumen

Introducción: la disfunción de suelo pélvico y la diástasis del recto abdominal son las dos principales afectaciones de la mujer en la etapa del postparto que en muchas ocasiones pasan desapercibidas por parte de los profesionales sanitarios. Un debilitamiento del suelo pélvico puede influir en la salud sexual de la mujer ocasionando incontinencia urinaria, fecal, prolapsos o disfunción sexual. A su vez, la reinserción de la mujer a la vida cotidiana con una faja abdominal flácida y deteriorada conlleva alteraciones en la postura, dolor lumbar y distensión de suelo pélvico. Dado que existe mucha controversia entre profesionales acerca de la realización de ejercicio físico en el periodo postparto, es de gran relevancia destacar las actividades físicas más importantes en las primeras semanas de recuperación tras el parto.

Objetivo: promover el ejercicio físico durante el periodo postparto y la práctica de ejercicios de suelo pélvico en la rutina diaria de la mujer con la finalidad de prevenir posibles alteraciones de suelo pélvico como la incontinencia urinaria o prolapsos.

Metodología: elaboración de un programa de actividades físicas adaptado al periodo postparto una vez haya sido evaluada la posible afectación muscular de la mujer.

Resultados: primero de todo es de gran relevancia enseñar a realizar los ejercicios de Kegel y practicarlos diariamente, ya que son los más efectivos en la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria. Una vez se haya producido la cicatrización de la posible lesión perineal se pueden empezar a realizar ejercicios de activación del músculo trasverso profundo. Posteriormente, en la semana ocho, la matrona evaluará la capacidad de contracción del suelo pélvico y la diástasis abdominal de tal forma que si estas no son patológicas se comenzará con la actividad cardiovascular progresiva de 15 min diarios, tonificación de extremidades inferiores y superiores y ejercicios del *core* que permiten una buena estabilidad pélvica. Por otra parte, si la mujer presenta diástasis patológica o disfunción de suelo pélvico deberá de continuar con un programa de rehabilitación perineal más exhaustivo y de mayor duración antes de comenzar a realizar cualquier tipo de actividad física que conlleve un aumento de la presión intraabdominal.

Conclusión: es necesario una buena evaluación del suelo pélvico y abdominal para poder asesorar sobre los ejercicios físicos a realizar en el periodo postparto, y que las mujeres tomen conciencia de integrar los ejercicios de suelo pélvico en todas las actividades.

Palabras clave: recto abdominal; diástasis del recto; suelo pélvico; postparto; ejercicios; prevención.

Abstract

Physical exercise and postpartum recovery

Introduction: *pelvic floor dysfunction and abdominal rectus muscle diastasis are frequent disorders in postpartum that commonly go unnoticed by healthcare workers. Pelvic floor weakening can have an impact on woman's sexual health and cause urinary or fecal incontinence, prolapses, or sexual dysfunction. Restarting everyday life with a flaccid and impaired abdominal musculature results, in turn, in posture disorders, low back pain and pelvic floor distension. There is a lot of controversy among healthcare workers on physical exercise over the postpartum period. Thus, it is relevant to highlight the most important physical activities in the first weeks of recovery after delivery.*

Purpose: *promoting physical exercise during postpartum period as well as pelvic floor exercises in daily routine in order to prevent pelvic floor disorders such as urinary incontinence or prolapses.*

Methods: *development of a whole program of physical activities adjusted for postpartum period after an evaluation to detect a potential muscular disorder.*

Results: *first of all, it is most relevant that women learn Kegel exercises and perform such exercises daily; this is the most effective prevention and treatment for urinary incontinence. Once the perineal wound has healed, exercises to activate deep transversus muscle are started. Later on, at week eight, midwife should evaluate contraction ability of pelvic floor and abdominal diastasis. If no impairment is shown, progressive cardiovascular activity should be started with 15 min/day, stimulation of lower and upper limbs, and core exercises to allow a good pelvic stability to be achieved. On the other hand, if a diastasis or pelvic floor dysfunction is found, a more comprehensive and longer-term perineal rehabilitation program must be continued before any physical activity that could result in an increased intraabdominal pressure is started.*

Conclusion: *a complete evaluation of pelvic floor and abdominal muscles is required to be able to give advice on physical exercises to be performed during postpartum period and to help women to be aware of the relevance of pelvic floor exercises to be integrated into any activity.*

Key words: *abdominal rectus; rectus diastasis; pelvic floor; postpartum; exercises; prevention.*

Introducción

El embarazo y el parto son las causas principales de la disfunción de suelo pélvico debido a un aumento de la presión intrabdominal pudiendo dar lugar a incontinencia urinaria, prolapsos viscerales o disfunciones sexuales que afectan de forma negativa la salud sexual de la mujer. A su vez, durante y después del embarazo muchas mujeres experimentan un aumento en la distancia de los músculos rectos abdominales debido al estiramiento y adelgazamiento de la línea alba[1]. Un aumento en la distancia entre los rectos pone las funciones de estabilidad de la pelvis, la postura, el movimiento del tronco y el apoyo de las vísceras abdominales en peligro y puede debilitar los músculos abdominales o repercutir en la aparición de posibles lesiones. Por ello, es de gran relevancia un buen asesoramiento a las mujeres sobre el ejercicio físico a realizar durante este periodo y una buena evaluación de suelo pélvico y de las diástasis de rectos para prevenir patologías *a posteriori*.

¿Qué es la disfunción del suelo pélvico?

El debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico que se produce por una relajación de la cavidad abdominal en el periodo de gravidez. Está relacionada con características morfológicas particulares, posiciones estáticas y dinámicas de la pelvis o por determinadas actividades deportivas o profesionales. Esta hipotonía de la cavidad abdominal genera una relajación del suelo pélvico en el esfuerzo, lo cual determina a su vez por sinergia músculo-fascia-víscera un prolapso de la unión uretro-vesical, es decir, una incontinencia urinaria al esfuerzo potencial[2] y una pérdida en la capacidad de sostén de los órganos pélvicos.

La evaluación del suelo pélvico se realizará mediante la escala de Oxford, que mide la intensidad de la contracción y el grado de prolapso que puede tener la mujer en el periodo postparto[3] (Tabla 1).

Tabla 1. Escala de Oxford
Se dice a la mujer que realice tres contracciones de máxima intensidad y con los dedos flexionados, e introducidos en la vagina se valora de 0-5:
0 Ausencia de contracción
1 No se percibe contracción, cierta tensión
2 Contracción débil, se nota cierta tensión
3 Contracción moderada, se nota la tensión pero no admite oposición
4 Contracción buena, admite ligera oposición
5 Contracción fuerte, admite una fuerte oposición

¿Qué es la diástasis de rectos?

La separación de los rectos abdominales es relativamente común, hasta un 53% la padece inmediatamente después del parto y puede tener consecuencias negativas para la salud de las mujeres durante y después del embarazo.

La diástasis se produce debido a los cambios hormonales del tejido conjuntivo, las tensiones mecánicas impuestas a la pared abdominal (estiramiento del tejido conjuntivo y la línea alba) por el crecimiento del feto y el desplazamiento de los órganos abdominales[1]. Los factores que pueden estar asociados son la obesidad, la multiparidad, gestación múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios, y flacidez de los músculos abdominales en etapa pregravídica[4].

La evaluación se realiza en la consulta con la persona tumbada boca arriba, piernas flexionadas, pidiéndole que suba la cabeza y con dos dedos en la línea alba a nivel de ombligo se medirá la longitud de la diástasis y la profundidad de la misma (Imagen 1). Una separación de 2,5 cm es habitual encontrarla en un periodo de 6-8 semanas tras el parto. No obstante, es igual de importante considerar la profundidad de la diástasis como la flacidez del tejido conjuntivo que aproxima ambos rectos, puesto que una diástasis de 2,5 cm con un profundidad de máxima laxitud es indicativo de una descompensación de la faja lumbo-abdominal que posteriormente repercutirá en la no recuperación de suelo pélvico[1].

Imagen 1. Test de valoración de la diástasis abdominal

¿Cómo se puede trabajar la diástasis de rectos en relación con el suelo pélvico?

Se ha de tener en cuenta que los músculos de la pared abdominal y los del suelo pélvico deben trabajar de manera sinergista, y para ello hay que entender que el suelo pélvico no funciona de manera aislada, sino que forma parte de un sistema: el sistema abdomino-pélvico y que, por lo tanto, será necesario trabajar el suelo pélvico junto con la musculatura abdominal si se quiere recuperar la funcionalidad de esta musculatura para conseguir el equilibrio de todas estas estructuras.

Es por esto, que el fortalecimiento del suelo pélvico no debe centrarse exclusivamente en la musculatura perineal, sino que se debe prestar también atención al resto de componentes: diafragma, abdominales y columna vertebral, para que dé lugar a esa sinergia[2].

El músculo transverso abdominal también cobra mucha importancia en la recuperación de suelo pélvico y diástasis, puesto que tiene fuertes vínculos con la fascia del músculo recto abdominal y la línea alba. La activación del músculo transverso del abdomen podría ser de protección de la línea alba y puede ayudar a prevenir o reducir la diástasis y acelerar la recuperación, puesto que las fibras del trasverso abdominal están paralelas con la diástasis de rectos; así que cuando la mujer lo contrae se contrae la diástasis de forma conjunta[1].

Programa de ejercicios postparto: ¿cuándo puedo realizar ejercicio tras el parto? (Cuadro 1)

En el postparto inmediato es donde se puede encontrar muchas de las incontinencias que pueden ser transitorias, pero no se deben descuidar ya que pueden ser indicadores de daño perineal. Hasta las 6-8 semanas tras el parto tiene lugar la involución de los tejidos y el útero. Este periodo coincide con el afán de las mujeres de reducir su abdomen, lo que lleva a practicar ejercicios abdominales e incorporarse al ritmo de vida cotidiano. Todo ello conlleva esfuerzos con un periné distendido, una vagina abierta y una cincha abdominal laxa con una posible diástasis de rectos patológica[5].

Las primeras semanas postparto la actividad física irá dirigida a la recuperación y programación del suelo pélvico y de la musculatura profunda abdominal. Se aconseja realizar ejercicios de Kegel tan pronto como la mujer se encuentre recuperada del parto y evitar cargar peso. Actualmente, existe controversia en la realización de los ejercicios de Kegel como práctica en la recuperación de suelo pélvico. Aunque existe evidencia de que estos ejercicios son efectivos para la recuperación perineal, se deberían de incluir con un programa de ejercicios más variado, como el que se describe posteriormente, puesto que un exceso de ellos sin una buena supervisión puede producir un desequilibrio de fibras, mejorando la fuerza en la musculatura pélvica pero manteniendo un tono bajo por la no activación de las fibras reflejas involuntarias, lo que conlleva a no mejorar las disfunciones en los tejidos de sostén.

Durante la realización de los ejercicios de Kegel se realizarán contracciones mantenidas para tonificar las fibras voluntarias tipo 1 y contracciones rápidas para fortalecer las fibras tipo 2. Será imprescindible el descanso entre ejercicios para permitir una relajación de suelo pélvico, puesto que podría conllevar a una hipertonía de la musculatura por sobreesfuerzo. Existen múltiples ejercicios que se pueden realizar (contracciones de más intensidad a menos, segregación de la contracción de esfínter anal, uretral y la vagina, contracciones al ritmo de la música, contracciones en diversas posiciones como cuadrupedia, decúbito prono, supino...). Una vez la mujer sea capaz de reconocer su suelo pélvico y realizar los ejercicios de Kegel de forma efectiva, se integrarán estos ejercicios dentro de las actividades diarias, ya que se deben realizar todos los días durante un largo periodo de tiempo, puesto que artículos encontrados refieren que cuanto más tiempo se practiquen más eficaces son.

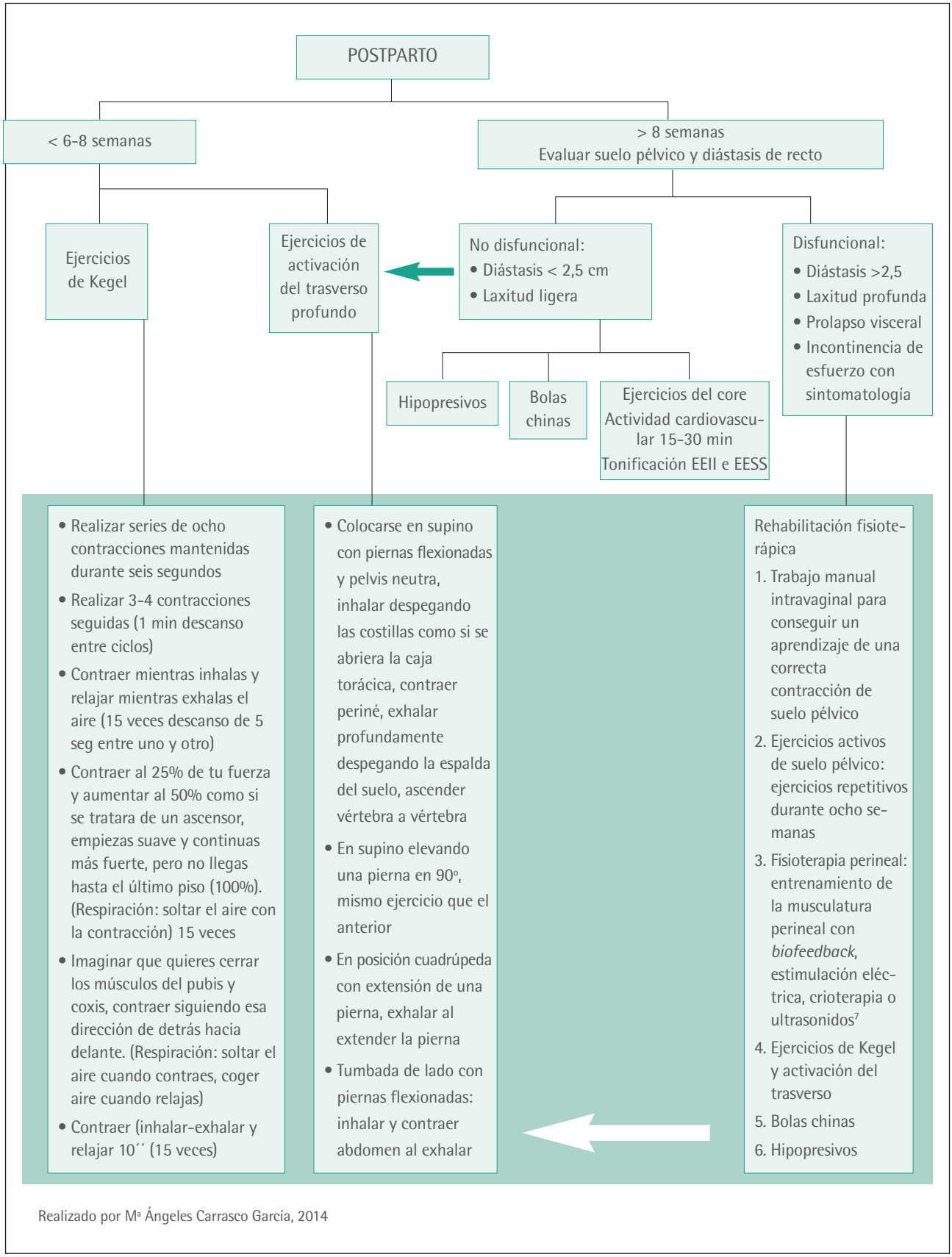
Una vez reparada la posible lesión perineal es importante trabajar el músculo transverso del abdomen para evitar un aumento de la presión intrabdominal que contribuya a un aumento de la diástasis de los rectos y a posibles prolapsos e incontinencias. La contracción del trasverso abdominal se produce de forma paralela al recto abdominal. Para contraer el trasverso abdominal es necesario utilizar la respiración diafragmática, de tal forma que se exhalará durante la contracción se inhalará durante el estado de reposo, ello ayudará a realizar el ejercicio correctamente y a disminuir la presión intrabdominal. Para trabajar estos ejercicios siempre hay que realizar una activación perineal antes de la contracción, es decir, hacer siempre una contracción previa del periné y realizar el esfuerzo abdominal simultáneamente con la espiración para liberar presión abdominal[6].

Estos ejercicios se realizaran de forma progresiva, aumentando el número de repeticiones y variando la intensidad. P. ej.: en supino con piernas flexionadas y pelvis neutra, en supino elevando una pierna en 90º, posición cuadrúpeda con extensión de una pierna, tumbada de lado con piernas flexionadas, etc.[6].

Por último, se pueden realizar ejercicios hipopresivos bajo control de una persona cualificada (contraindicado en personas hipertensas). Así se permite descender la presión intrabdominal durante el ejercicio, provocar una contracción refleja de la cincha abdominal la cual está muy flácida y tonificar vía refleja la musculatura perineal[5].

A partir de la octava semana se recomienda la evaluación tanto del suelo pélvico como de la posible diástasis abdominal. Si la mujer no presenta prolapsos, incontinencia, contrae suelo pélvico con cierto grado de intensidad y una diástasis no patológica (hasta 2,5 cm) se recomendará la realización de **actividad cardiovascular como caminar, bici, natación entre 3-5 veces por semana durante 20-30 min** evitando ejercicios de impacto[7].

A su vez, es imprescindible la postura de la mujer a lo largo de su vida, los ejercicios de estabilización pélvica reducen el dolor, mejora el estado funcional y la calidad de vida, por lo que un programa de entrenamiento que incluya ejercicios de *core* y tonificación de extremidades superiores e inferiores favorecería una recuperación física y emocional tras los primeros meses postparto. Es importante conocer que mientras persista una diástasis patológica (alrededor de seis meses



Cuadro 1. Esquema de programación postparto

con un entrenamiento adecuado) o un prolapso visceral, no se deberían incluir ejercicios de impacto que no integren la contracción del suelo pélvico, como correr, actividades grupales tipo *fitness* o abdominales clásicos.

¿Puedo hacer abdominales clásicos?

Existen estudios que resaltan que la realización de abdominales de tipo dinámico (flexión de caderas o ejercicios específicos para la musculatura oblicua o rectos) son generadores de hiperpresión intrabdominal, favoreciendo la distensión abdominal. La práctica de este tipo de ejercicios aumentan también la actividad refleja de los músculos del suelo pélvico independientemente del aumento de la presión, pero a su vez la presión intrabdominal distiende el tejido conjuntivo[8].

Una vez la diástasis es recuperada y el suelo pélvico programado en las actividades de la vida diaria, la mujer podrá realizar abdominales clásicos para poder seguir tonificando la musculatura que desee.

¿Qué tipo de ejercicios puedo realizar si presento una disfunción de suelo pélvico y diástasis de rectos tras ocho semanas postparto?

En el caso de que la mujer padezca síntomas de incontinencia y/o debilidad de suelo pélvico será necesario un programa de reeducación perineal:

- Trabajo manual intravaginal para conseguir un aprendizaje de una correcta contracción de suelo pélvico.
- Ejercicios activos de suelo pélvico:
  - **Ejercicios de Kegel con activación del trasverso:** en la realización de un entrenamiento de ocho semanas se aprecian mejoras en la funcionalidad[7].
  - Ejercicios de **aspiración diafragmática o hipopresivos descritos por Marcell Caufriez**[7], los cuales se realizan en apnea espiratoria y en determinadas posturas que facilitan la relajación del diafragma, y por acción refleja activan la musculatura de suelo pélvico.
  - **El uso de bolas chinas** también está descrito en las revisiones bibliográficas. Estas son introducidas en la vagina y estimulan los vibrorreceptores vaginales, desencadenando una contracción de la musculatura lisa de la vagina. Al mismo tiempo el peso de la bola estimula los barroreceptores de la musculatura perineal, desencadenando un aumento del tono[7].
- Fisioterapia perineal: entrenamiento de la musculatura perineal con *biofeedback*, estimulación eléctrica, crioterapia o ultrasonidos[8].
- Se propone la realización de ejercicios de Lechman, se trata de realizar las tareas habituales con el bebé. Es un tipo de trabajo funcional, puesto que llevar a cabo los movimientos que se hacen diariamente se adaptada de forma más efectiva a la recuperación de la mujer.
- Se aconseja para la prevención de la incontinencia urinaria y fecal la posición de Gasquet (de cuclillas, piernas flexionadas tronco inclinado, colocando los pies sobre un taburete aumentar la flexión de caderas) para facilitar la defecación, una ingesta abundante de líquidos y una alimentación rica en fibra. El pujo debe de realizarse con espiración para activar la contracción del trasverso y que ascienda el diafragma evitando así Valsalva[7].

Si la diástasis de rectos es patológica > de 2,7 cm y/o muy laxa será necesario seguir con el programa de activación de suelo pélvico y trasverso anterior, evitar toda actividad física que aumente la presión intrabdominal e integrar un plan de entrenamiento con ejercicios de *core*, ya que favorecen una adecuada activación tónico postural y fortalecen todos esos grupos musculares que forman parte de la zona centro del cuerpo (multífidus, diafragma, trasverso) aportando estabilidad central y por lo tanto distal, beneficios estéticos y cierre de la diástasis[9].

Conclusión

La revisión postparto es una de las competencias que pasan desapercibidas en muchas ocasiones pudiendo repercutir en la salud física y sexual de la mujer. Es por ello que es de gran importancia un buen asesoramiento sobre la importancia del ejercicio físico durante el postparto y la realización de ejercicios rehabilitadores del suelo pélvico. La integración de estos ejercicios en todas las actividades de la vida diaria sería uno de los objetivos más importantes a cumplir de un programa de recuperación postparto. A su vez, la evaluación del suelo pélvico tras ocho semanas postparto por parte de la matrona debería de integrarse en los programas de embarazo, parto y postparto, puesto que una recomendación temprana de la actividad física y derivación a especialistas de rehabilitación perineal mejoraría la calidad de vida futura de estas mujeres.

Bibliografía

1. Benjamin DR, Van de Water ATM, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. Physiotherapy. 2014 Mar; 100(1):1-8. Disponible en: http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406%2813%2900083-7/fulltext#sec0005

2. Lorié Cruz TM. Técnicas hipopresivas como método preventivo de las disfunciones del suelo pélvico para las mujeres vinculadas a la actividad física y deportiva: revisión bibliográfica (trabajo fin de grado). A Coruña; 2013.

3. Aliaga Martínez F, Prats Ribera E, Alsina Hipólito M, Allepuz Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el postparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. Matronas Prof. 2013; 14(2):36-44.

4. Rett MT, Araujo FR, Rocha I, Silva RA. Diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato de primíparas e multíparas após o parto vaginal. Fisioter. Pesqui. 2012; 19(3):236-41. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502012000300008&script=sci_arttext

5. Amostegui Azcúe JM, Ferri Morales A, Lillo De La Quintana C, Serra Llosa ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. Rev Med Univ Navarra. 2004; 48(4):18-31.

6. Palacios N. Rectus diastasis closing the gap. Move clients safely through their post-partum paces. Fittnes Trainer Canada. 2007 Nov-Dec:38-9.

7. Abalo R, DaCuna I. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el postparto. Fisioterapia. 2013; 35(2):82-7.

8. Caufriez M, Fernández Domínguez JC, Esparza Ballester S, Schulmann C. Estudio del tono de base del tejido músculo-conjuntivo del suelo pélvico en el postparto tras reeducación abdominal clásica. Fisioterapia. 2007; 29(3):133-8.

9. Zapata Zapata LM. Ejercicios básicos para la zona central del cuerpo (CORE) que favorecen una correcta activación tónico postural equilibrada (trabajo fin de grado). Medellín: Colombia; 2009.

Feliz 2017

Otro año más, desde Grupo Paradigma te deseamos una

Feliz Navidad y próspero Año Nuevo

grupoparadigma

El código deontológico de las matronas españolas

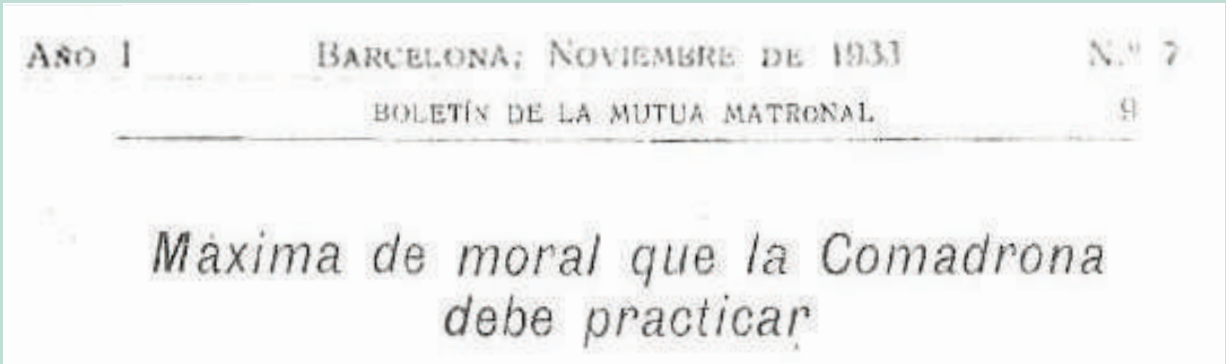
No podríamos hablar de deontología para las matronas si ciertamente nuestra actividad no fuera una profesión, y la nuestra lo es. Si se analiza el significado del término "profesional", vemos que se refiere a aquella persona cuya ocupación requiere un conocimiento especializado, a través de una capacitación educativa de alto nivel, con control sobre el contenido de su trabajo, organización propia y normas éticas. Por otro lado, si se realiza un análisis de las profesiones observamos que todas ellas tienen su base en unos valores comunes:

- Delimitación de un campo de conocimientos que da sustento y autonomía a su ejercicio.
- Legitimidad en su desempeño.
- Prestigio y reconocimiento social de su actividad.

Valores que están sometidos por una parte a factores inherentes al individuo, que estarían más claramente relacionadas con los procesos de formación, con la conformación de un cuerpo delimitado de conocimientos básicos que legitimen su desempeño; y a factores externos al individuo, provenientes de lo social e institucional (reconocimiento legal, institucional y social).

En atención a estos conceptos básicos, se puede decir que la profesión de matrona es una profesión madura con identidad y características propias que ha ido evolucionando, profesionalizándose, al unísono de los tiempos y las demandas sociales, cuyas bases o características *per se* y distintivas del resto de la enfermería.

Todo apunta inequívocamente a la condición **de profesión** del ejercicio de matrona, aunque hemos de recordar que en España es la titulación la que determina la adscripción a un colegio o la creación de un colegio profesional, circunstancias que tras la Orden Ministerial (OM) de 1977 hicieron que las matronas perdiéramos nuestro propio colegio, quedando por tanto adscritas a los colegios de enfermería cuyo máximo órgano colegial es el Consejo General de Enfermería.


Año I Barcelona: Noviembre de 1933 N.º 7

Boletín de la Mutua Matronal 9

Máxima de moral que la Comadrona debe practicar

Reglas deontológicas incluidas en el Reglamento de Régimen Interno del Colegio Oficial de Matronas de Cataluña 1933

Antecedentes en materia de ética y deontología de las matronas en España

La creación de códigos deontológicos dentro de la enfermería y el cuerpo de matronas, como en todas las profesiones, ha ido pareja con su regulación y desarrollo. Implícitamente las matronas, desde siempre, tenían códigos morales, algunos redactados explícitamente como tal y con florido lenguaje de la época, otros tan solo con indicaciones entremezcladas en los reglamentos de aquellos primeros colegios matronales. Así, la primera cita que se tiene al respecto son las Reglas Deontológicas incluidas en el Reglamento de Régimen Interno del Colegio Oficial de Matronas de Cataluña que, en su capítulo X, inserta 13 artículos en los que minuciosamente expresa aspectos relacionados con la conducta y la actitud de las matronas durante su ejercicio profesional, en relación con los pacientes, el resto de profesionales sanitarios y sus compañeras de profesión.

Los ayudantes técnicos sanitarios, a partir de 1954, tenían un código moral con la inclusión del juramento de Florence Nightingale en los carnets de los colegiados.

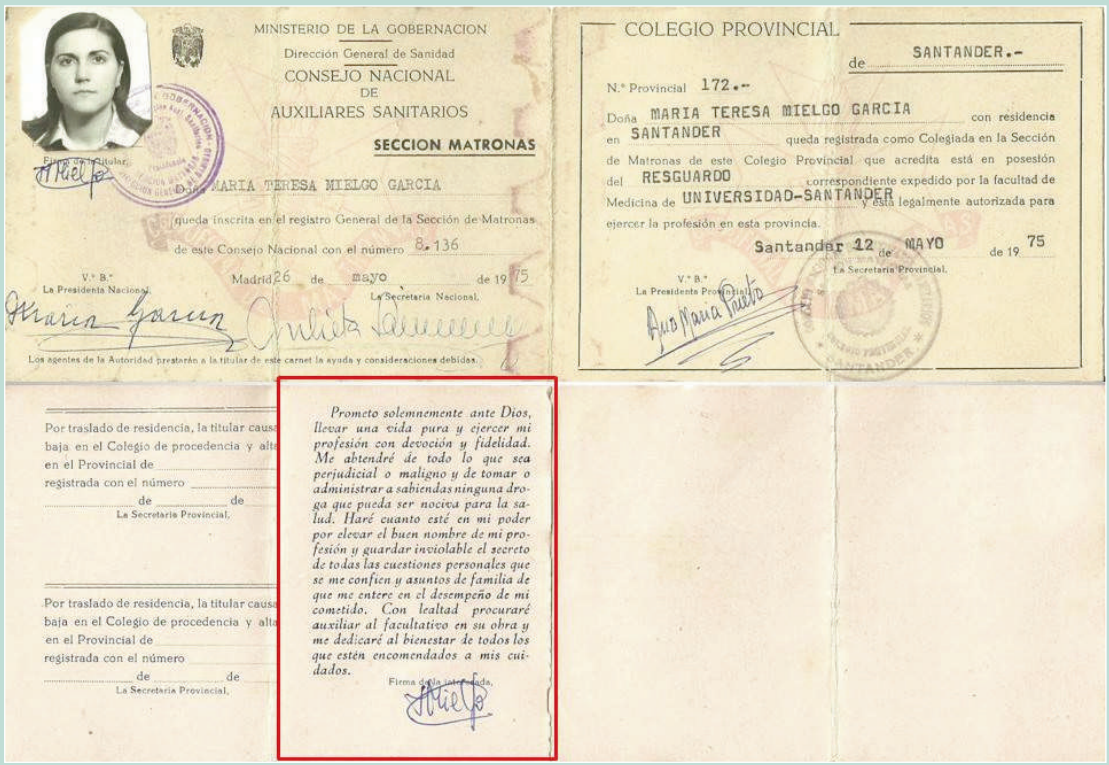
La preocupación de las matronas por los temas éticos ha sido una constante, ejemplo de ello es una de las ponencias oficiales del II Congreso Nacional de Matronas celebrado en 1959.

La circunstancia particular actual es que las matronas, igual que cualquier otro enfermero, sujetas a la normativa colegial, contamos con un Código Deontológico de la Enfermería Española original de 1989, que venía a definir las normas éticas de los profesionales españoles en concreto, dado que desde muchos años antes (1973), ya contábamos con el publicado por del Consejo Internacional de Enfermería al que también pertenece la enfermería española, e incluso el del COIB que en 1986 ya había publicado el suyo

Apuntando la necesidad de especificidad de los códigos, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, haciendo uso de sus competencias autonómicas, redactó su propio Código de Enfermería, estando los enfermeros de la comunidad valenciana igual que el resto de enfermeros españoles dentro del Consejo General de Enfermería.

Como matronas, las matronas españolas también contábamos con el Código de Ética para matronas elaborado por la ICM, en el que la Asociación Española de Matronas, como miembro de pleno derecho desde la década de los 80, colaboró en su inicial redacción y posteriores revisiones.

La Confederación Internacional de Matronas actualmente aglutina 130 asociaciones de matronas de 113 países de los cinco continentes del mundo y, con la aceptación de todos los que formaban parte en 1993, elaboró su código de ética


MINISTERIO DE LA GOBERNACION
Dirección General de Sanidad
CONSEJO NACIONAL DE AUXILIARES SANITARIOS
SECCION MATRONAS
Doña MARIA TERESA MIELGO GARCIA
queda inscrita en el registro General de la Sección de Matronas de este Consejo Nacional con el número 8.136
Madrid 26 de mayo de 1975
La Secretaria Nacional,
Los agentes de la Autoridad prestarán a la titular de este carnet la ayuda y consideraciones debidas.

COLEGIO PROVINCIAL de SANTANDER.-
N.º Provincial 172.-
Doña MARIA TERESA MIELGO GARCIA con residencia en SANTANDER queda registrada como Colegiada en la Sección de Matronas de este Colegio Provincial que acredita está en posesión del RESGUARDO correspondiente expedido por la facultad de Medicina de UNIVERSIDAD-SANTANDER y está legalmente autorizada para ejercer la profesión en esta provincia.
Santander 12 de MAYO de 19 75
La Secretaria Provincial,

Por traslado de residencia, la titular causa baja en el Colegio de procedencia y alta en el Provincial de registrada con el número de de
La Secretaria Provincial,

Por traslado de residencia, la titular causa baja en el Colegio de procedencia y alta en el Provincial de registrada con el número de de
La Secretaria Provincial,

Prometo solemnemente ante Dios, llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva para la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de mi profesión y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones personales que se me confíen y asuntos de familia de que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de todos los que estén encomendados a mis cuidados.

Firma de la interesada,

Carnet de colegiada matrona anterior a 1977 en que existía la Sección Matronas, para colegiación independiente de estas, dentro del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios

1959

III PONENCIA

I

Problemas de Etica Profesional

Con el nombre de ETICA PROFESIONAL conocemos la relación entre la Matrona con su superior jerárquico, el Médico; con sus colegas y con las gestantes y familiares, sin basarse estas relaciones en el orden ju-

PRESENTADA POR
Doña Emilia Roch
Presidenta del Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas) de Tarragona

dad se habrá ganado un apoyo y una seguridad en el trabajo. Y, cuando por necesidad del momento y en ausencia del doctor, toma una iniciativa precisa, deberá ponerla inmediatamente en conocimiento del

Cabecera de la ponencia del II Congreso Nacional de Matronas

para matronas (y posteriores revisiones), sin embargo, y a pesar de ser un documento de referencia para sus miembros, muchos han sido los países integrantes que han redactado el suyo propio.

Desde Europa nos llega el pionero de las matronas francesas, en 1949, un extensísimo código que incluía desde los deberes generales, deberes para con los pacientes, deberes en materia de medicina social, pasando por los deberes de confraternidad y aquellos respecto a las profesiones médicas, paramédicas y a los auxiliares de los médicos para concluir en las asociaciones de matronas y una miscelánea de obligaciones.

En el momento presente son muchos países de todos los continentes en los que las matronas han elaborado sus propios códigos además de aquellos que, afectando a la profesión de matrona, se han originado a través de consejos reguladores conjuntos de enfermería y matronas.

El caso particular de Canadá

Hay un caso especialmente significativo que viene también en apoyo de la necesidad de especificidad y es el de las matronas de Canadá. Este vasto país, dividido en numerosos territorios, tiene diferentes leyes aplicadas a la regulación y reglamentación de la actividad de las matronas, a través del consorcio Canadiense de la Orden de Matronas (CMRC), que regula la partería en las provincias y territorios del país.

Es importante mencionar que siempre hubo parteras en este país que atenderían la mayor parte de los nacimientos, pero lejos de considerarse esta actividad como una profesión en 1865, dos años de convertirse Canadá en nación, fue cri-

Códigos deontológicos del Consejo General de Enfermería, del Consejo Internacional de Enfermería, del Colegio de Enfermería de Barcelona y de la enfermería de la Comunidad Valenciana. Específicamente para matronas, el de la Confederación Internacional de Matronas (abajo)

minalizada. Solo tenían derecho los médicos a ejercerla, aunque bien cierto es que se ayudaban de estas mujeres no profesionales en muchos casos. En el siglo XX la partería en Canadá ha sido reconocida como profesión legal y regulada en la mayoría de sus territorios: en 1994 Ontario fue la primera provincia canadiense en regular la profesión de matrona e integrar matronas en su sistema de salud. Aun tratándose del mismo país, las matronas tienen diferente estatus en cada uno de estos y a través de los colegios o consejos reguladores de matronas de cada territorio, en apenas dos décadas tras su regulación, han ido acuñado sus propios código de ética o deontología para cada uno de los territorios nacionales. Podríamos decir que la partería, la profesión más antigua y a la vez posiblemente una de las más jóvenes de Canadá, está dando también un ejemplo de interés loable por elevar la profesión con su compromiso expresado en normas deontológicas.

Código Deontológico de las matronas españolas

Se podría definir la deontología como una ética profesional, una ética de obligaciones prácticas o conjunto de comportamientos exigibles a los profesionales, incluso aunque no estuvieran codificados en una reglamentación jurídica, aunque en la mayor parte de los casos su relación con la reglamentación jurídica existe. La deontología es uno de los tres órdenes normativos que regulan el ejercicio de las profesiones, junto al Derecho y la moral. Cabe señalar que las normas deontológicas se encuentran a medio camino entre los otros dos órdenes normativos. Se incide en esta matización, precisamente porque nuestras leyes profesionales y civiles han ido cambiando con el tiempo, incluso, tenemos leyes de ámbito autonómico además de las nacionales, así como en el caso de las matronas, unas directivas comunitarias reguladoras de la profesión traspuestas al ordenamiento jurídico español y que claramente diferencian nuestra actividad de la de la enfermería general.

La Asociación Española de Matronas reconociendo la realidad actual de ser enfermeros, y por tanto sujetos a la normativa deontológica propuesta por el Consejo General de Enfermería, pero con el importante matiz , el de ser especialistas, creyó que la propia idiosincrasia de la profesión requería un código específico para nuestro colectivo. Las matronas necesitábamos un Código Deontológico con el requerimiento que contemplara el aquí y el ahora de las matronas españolas; la reglamentación y desarrollo de nuestra profesión al hilo de la realidad social y jurídica de nuestro país, indujo a la Asociación Española de Matronas (AEM) a elaborar este código deontológico propio para la profesión que como reza en su preámbulo es un valor añadido para un colectivo profesional porque describe el conjunto de los fines de la profesión en relación con la sociedad, a quien ofrece sus servicios, y otras profesiones con las que se interrelaciona en su actividad. Define las normas que deben enmarcar el trabajo de sus miembros y pone especial acento en líneas y normas de conducta consideradas, desde un principio de honestidad, como adecuadas.

En el Preámbulo del Código Deontológico de la CIE se expresaba que ese documento: "Solo tendrá significado como documento vivo y si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante" y este es un pensamiento que la Asociación Española de Matronas comparte. Por eso, este código para las matronas españolas elaborado en 2011 sobre los fundamentos actuales de la bioética, la biomedicina, los derechos humanos y la legislación vigente relacionada con la profesión, la AEM quiere mantenerlo actualizado, para los/as matronas y la sociedad española de cada momento, siempre vivo y acorde con la realidad de la profesión y la atención de salud. De ahí que, indudablemente, tiene un gran significado y una enorme importancia para la profesión.

Este Código Deontológico debe constituir, como dice, una declaración y catálogo de principios y valores éticos que sirvan de guía para la labor cotidiana de las matronas (hombres y mujeres) inmersos en cuestiones científicas todavía en debate y dentro de una sociedad cambiante que espera, en todo caso, como sujeto de derecho, recibir servicios de profesionales de probada competencia científica, cultural y de sólidas convicciones de carácter moral y ético.

Misión de todos es ennoblecer esta profesión con un desempeño ético, usando nuestra libertad para hacerlo.

Código Deontológico de las Matronas Españolas

Como decía Fernando Sabater: "La libertad es el asunto del que se ocupa propiamente la ética. Libertad es decidir, pero también, no lo olvides, darte cuenta de que estás decidiendo. Lo más opuesto a dejarse llevar, como podrás comprender".

La ética es necesaria y es algo así como caminar, escoger un viaje y cuando las generaciones venideras lo puedan valorar, verán que lo importante es que aprendimos a caminar, que lo significativo son los pasos que abren el camino y permiten la posibilidad de un mundo, si no perfecto, al menos más justo. Eso es lo que hemos intentado todos los que hemos participado en este código comandado por la Asociación Española de Matronas: recopilar todos aquellos principios cuyo cumplimiento sea un garante de servicio profesional que nos distinga a las matronas.

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS INVITADA EN LAS JORNADAS "EL PARTO HUMANO: BIOLOGÍA Y DIVERSIDAD CULTURAL"

La consolidada y periódica colaboración entre la Asociación para el Estudio de la Ecología Humana y el Museo Nacional de Antropología, con el apoyo de la Universidad Autónoma de Madrid ha tenido como fruto, en esta ocasión, la realización de las Jornadas denominadas "El parto humano: biología y diversidad cultural", actividad incluida dentro de la Semana de la Ciencia y de las V Jornadas Científicas Anuales de la AEEH, durante los días 2 a 5 de noviembre.

El objetivo de estas jornadas fue el de abordar temas y fenómenos sociales de actualidad susceptibles de un análisis antropológico, y también el de establecer un debate abierto en el que tuvieran voz todos los grupos y personas implicados.

La gestación, la dinámica del parto y el estado biológico del recién nacido expresan a un tiempo nuestra historia evolutiva como especie primate y nuestra extraordinaria diversidad cultural, determinada por factores ecológicos, socioeconómicos e ideológicos se expresaba en la presentación de estas jornadas. El parto humano es así un proceso excepcional para el estudio de la interacción biocultural en las poblaciones humanas y un acontecimiento transcendental en la vida de las mujeres que acceden a la maternidad. Desde distintos enfoques, estas nuevas jornadas abordaron el parto humano desde su impronta primate hasta la atención especializada que recibe en las sociedades occidentales, incluyendo su reciente transformación, la diversidad cultural que aún perdura y el papel que pueden y deben jugar las propias mujeres gestantes en un momento tan importante de sus vidas.

La Asociación Española de Matronas estuvo presente en esta actividad en la tercera jornada que bajo el título "**Cambios en el perfil materno y la atención obstétrica en el siglo XXI**", conjuntó la intervención de Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta emérita de la AEM, "Acceso a la información y opciones de las mujeres en la atención obstétrica", con la de Dña. Carolina del Olmo, periodista, autora de *¿Dónde está mi tribu?*, que presentó la ponencia titulada "Ser madre en una sociedad individualista".

JORNADAS ***EL PARTO HUMANO: BIOLOGÍA Y DIVERSIDAD CULTURAL***

DEL 2 AL 5 DE NOVIEMBRE DE 2016

Salón de actos del Museo Nacional de Antropología
Pº Infanta Isabel, 11
Actividad gratuita y entrada libre hasta completar el aforo

Coordinadas por Carlos Varea (AEEH/UAM) y Fernando Sáez (MNA)

Organizadas por la Asociación para el Estudio de la Ecología Humana, la Universidad Autónoma de Madrid y el Museo Nacional de Antropología, con motivo de la Semana de la Ciencia 2016 y las V Jornadas Científicas Anuales de la AEEH

(Crédito de libre configuración para estudiantes de la UAM en tramitación)

Figura de *sejen*
Utilizada en las sociedades iniciáticas masculinas *poro* de la cultura senufo (Costa de Marfil) para representar las fuerzas duales que se combinan en la procreación: la masculina, plasmada en el largo pico del ave, y la femenina, encarnada por su vientre en estado de gestación.

antropologico@mecd.es

C/ ALFONSO XII Nº 68
28014 MADRID
TEL: +34 91 530 64 18
FAX: +34 91 467 70 98

Imagen 1. Cartel de las jornadas

Imagen 2. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta emérita de la AEM, acompañada de Rosa Mª Plata, actual presidenta de la AEM y matronas asistentes a las jornadas

La primera jornada bajo el título **"El parto humano: entre la herencia primate y la atención especializada en sociedades occidentales"**, contó con la intervención de Carlos Varea y Susana Fernández-Cerezo, miembros del Departamento de Biología de la UAM que mostraron el interesante trabajo titulado "Pervivencia del patrón horario en el parto humano" . Dentro de la misma mesa "La transformación reciente del parto en España" fue la ponencia del Dr. Antonio González, catedrático emérito del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la UAM y exdirector del Hospital Materno Infantil de La Paz de Madrid.

Imagen 3. Dr. Antonio González y D. Carlos Varea, ponentes en la sesión titulada "El parto humano: entre la herencia primate y la atención especializada en sociedades occidentales"

La segunda jornada bajo la denominación **"Variedad cultural"** fue participada por Patricia Vicente Martín, Doctoranda en la Universidad Complutense de Madrid Investigadora adscrita al Programa Internacional Interdisciplinario ANDES con su trabajo "El parto entre los grupos amerindios: el caso andino. Tradición, diálogos interculturales y cosmovisiones". Compartiendo mesa, el Dr. Javier Salmeán, director médico del proyecto *Stop* Fístula de la fundación Mujeres por África y jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Severo Ochoa de Leganés (1988-2013), y Estíbaliz Murúa, matrona del proyecto *Stop* Fístula, presentaron su trabajo "*West* África: parto y salud".

Imagen 4. Dr. Salmean, Patricia Martín y la matrona Estíbaliz Murua., participantes de la segunda sesión de las jornadas

En la cuarta y última de las sesiones, Mª José Suárez Martínez, conservadora del Museo de Antropología, licenciada en Prehistoria y Arqueología e Historia del Arte, hizo un análisis y visión panorámica de las prácticas relacionadas con el parto en la España de principios del siglo XX a partir de las respuestas registradas en la encuesta realizada por el Ateneo de Madrid, un valioso documento conservado en la biblioteca del MNA.

La jornada se clausuró con un recorrido explicativo por diferentes culturas a través de un conjunto de objetos de las colecciones del museo seleccionados y expuestos con ocasión de las jornadas, por María José Suárez y Cristina Bernis, presidenta de la AEEH y profesora del Departamento de Biología de la Universidad Autónoma de Madrid, y Nerea Jiménez estudiante de antropología social y cultural.

Imágenes 5 y 6. Algunas de las piezas del Museo Nacional de Antropología seleccionadas para el recorrido de los asistentes a las Jornadas "El Parto humano: biología y diversidad cultural"

FORMACIÓN CONTINUADA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS. TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN SUTURA PERINEAL

Dentro de la programación de cursos de formación y actualización de matronas para este año 2016, la Comisión de Formación Continuada de la Asociación Española de Matronas, a instancias de las peticiones recibidas, ha puesto a disposición de las matronas interesadas (socias y no socias) un **taller de actualización en sutura perineal para matronas.** Esta necesidad expresada de forma tan unánime por los peticionarios, viene a reflejar las carencias en esta práctica a que las nuevas tendencias asistenciales, concretamente la aplicación de la episiotomía restrictiva está avocando a los profesionales del parto y nacimiento. Porque lo cierto es que según el RCOG se estima que el 85% de las mujeres que tiene un parto vaginal tendrá algún tipo de trauma perineal, de los cuales el 60-70% necesitará sutura[1] y, por tanto, y en ausencia de investigaciones de buena calidad para abordar técnicas que mejoren la probabilidad de un perineo intacto o reduzcan el trauma, las matronas deberán ser diestras en la técnica de reparación perineal.

El curso, perfectamente estructurado, consta de una parte teórica que expone con claridad los avances industriales que han proporcionado materiales de sutura cada vez más operativos, la mejor elección del material de suturas para cada ocasión, las diferentes técnicas de reparación y los problemas inherentes al parto que inciden en la integridad perineal, a la luz de la evidencia científica actual.

La parte práctica, muy dinámica y para la que a cada alumno se le dota de material de sutura, permite poner en práctica a los alumnos del curso las técnicas explicadas siempre bajo la ayuda y guía de las profesoras de este curso, las matronas Reme Climent, docente reconocida por su larga y fructífera trayectoria en esta tarea además de en su faceta asistencial en el Hospital General de Alicante por más de tres décadas; y Marta Benedí que, a pesar de poseer un

recorrido docente y asistencial sensiblemente inferiores a los de la primera, ya se desenvuelve en este campo con un crédito claro y exitoso.

La calidad incomparable de este curso, tanto en estructura, como metodología, como calidad de sus docentes, ha motivado a la Asociación Española de Matronas a avalarlo distinguiéndole de tantos otros aparentemente similares que se ofertan, en atención a que este curso cumple con todos los requisitos de calidad para que los alumnos mejoren sus habilidades y conocimientos en el manejo de la reparación perineal.

1 Management of Third- and Fourth-degree Perineal Tears Following Vaginal Delivery; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (March 2007)

Imagen 1. Marta Benedí (izqda.) y Reme Climent (dcha.), profesoras del curso

Imagen 2. Uno de los grupos del taller

La respuesta a la convocatoria de este curso ha sido extraordinaria, tanto que, *a priori*, en los cuatro primeros días del lanzamiento de su anuncio se completó el aforo para los dos grupos previstos (80 px), motivando a la organización a incrementar la oferta en dos sesiones más.

Al final, han sido 160 los asistentes al mencionado curso, a pesar de lo cual y lamentablemente han que-

Imagen 2. Uno de los grupos del taller

dado fuera un buen número de matronas interesadas a las que la Asociación Española de Matronas espera satisfacer en un futuro próximo con nuevas ediciones de este taller.

El interés por este curso se ha visto reflejado en la procedencia del alumnado ya que, al buen número de matronas de la comunidad de Madrid, se le ha sumado otro importante grupo de matronas procedentes de Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias, Asturias y Galicia. De igual forma este curso, por mediación de la Asociación Española de Matronas que mantiene el compromiso con sus asociaciones vinculadas en ayudarles en la financiación de sus propias actividades formativas, se ha realizado el mismo en Cáceres los días 25-26 de octubre (dos grupos con un total de 80 alumnos), siendo la anfitriona en esta ocasión la Asociación Extremeña de Matronas (APMEX).

A propósito de esta noticia, incluimos la última clasificación de los Desgarros perineales descrita por Sultan [2] y adoptada por la *International Consultation on Incontinence* y el RCOG *(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Gynaecologists)*[3] que todos debemos tener presentes:

Clasificación de los desgarros perineales

Desgarro de 1er grado	Afecta a piel y/o mucosa vaginal	
Desgarro de 2º grado	Lesión en el perineo que afecta a los músculos perineales pero no afecta al esfínter anal	
Desgarro de 3er grado	Lesión en el perineo que afecta al complejo del esfínter anal:	
	Desgarro grado 3a	Menos del 50% del grosor de fibras del esfínter anal externo
	Desgarro grado 3b	Más del 50% del grosor de fibras del esfínter anal externo
	Desgarro grado 3c	Desgarro del esfínter anal externo e interno
Desgarro de 4º grado	Lesión perineal que afecta al complejo del esfínter anal externo e interno y la mucosa anorrectal	

2. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999; 5:193-6.
3. RCOG. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears Green-top Guideline No. 29 June 2015.

DOLORES POZO CANO. NUEVA DOCTORA

Mª Dolores Pozo Cano es una matrona que, de su Almadén natal, se trasladó y afincó en Granada en donde ya ha trazado un largo recorrido en la profesión, dedicando la mayor parte de su carrera a la asistencia, en la que ha conseguido unas bases sólidas de experiencia y conocimiento. Un buen día, aceptando el reto y la necesidad de formar matronas para el relevo generacional, dio el salto a la docencia en la Unidad Docente (UD) de Matronas de Granada que se inauguraba.

Actualmente, y dado que la UD de Matronas de Granada es una de las que se ha convertido en unidad multiprofesional, continúa su actividad docente en la Facultad de Ciencias de la Salud de Granada como profesora colaboradora del Dpto. de Enfermería.

Una mujer inquieta, reflexiva, amante de su profesión y deseosa de incrementar sus conocimientos, son características que le han guiado hasta la consecución del gran reto de leer su tesis doctoral y conseguir el grado de doctora este año 2016.

Este comité editorial cree que el que cualquier matrona acceda a este honor es una gran noticia y, por eso, nos gusta publicar estas reseñas que tienen mucho de esfuerzo, sacrificio y mejora para la profesión, tanto más cuando, como en este caso, no es una vía de salida profesional ya resuelta para ella hace muchos años, sino quizá y únicamente el afán de lograr un mayor grado de conocimientos parar culminar su carrera acorde con una vocación docente añadida a la asistencial, que tan bien y por tantos años desempeñó.

Arropada por un gran número de compañeras/os de profesión, en el Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, Dolores Pozo leyó su tesis titulada "Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio". La tesis ha sido dirigida por D. Jesús Florido Navío, director del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada, D. Francisco Guillén Solvas, Catedrático de la Facultad de Ciencias de la Salud (Dpto. de Medicina Preventiva y salud Pública) y Dña. Inmaculada García García, Vicedecana de Ordenación Académica e Infraestructuras de la Universidad de Granada (Dpto. de Enfermería).

¡Enhorabuena a nuestra querida amiga, Lola!

Mª Dolores Pozo Cano

XVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

(Málaga, 25-27 de mayo de 2017)

"Málaga se va a dormir
en su cuna de coral y
la velan las estrellas,
no hay niña más bella
mecidita por el mar"

Colegas matronas/es de toda España, os presentamos el nuevo Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas en su 18ª edición, para lo cual nos hemos esforzado desde el Comité científico en encontrar las temáticas que puedan motivar al colectivo. Queremos aprovechar las ideas de muchos que aportan, las energías de tantos comprometidos para que nuestra profesión siga prosperando y visualizándose en la sociedad cada vez con más fuerza. El congreso todavía no tiene el programa cerrado pero ya está muy perfilado; bajo el lema "Aqui y Ahora de las Matronas Españolas" indudablemente queremos hablar de realidades y de construir para el futuro, pero con los pies bien asentados en lo que en el momento presente tenemos y somos.

Hemos elegido un formato innovador e interesante, con una parte muy dinámica no solo en los talleres precongreso, sino que intentaremos propiciar muchos debates porque estamos convencidos de que a través de la comunicación podemos contrastar el pensamiento con la realidad, buscar, explorar, compartir nuevas y diversas ideas y posibilidades, perspectivas e informaciones relacionadas con nuestro quehacer y otras disciplinas que pueden complementar nuestra actividad profesional.

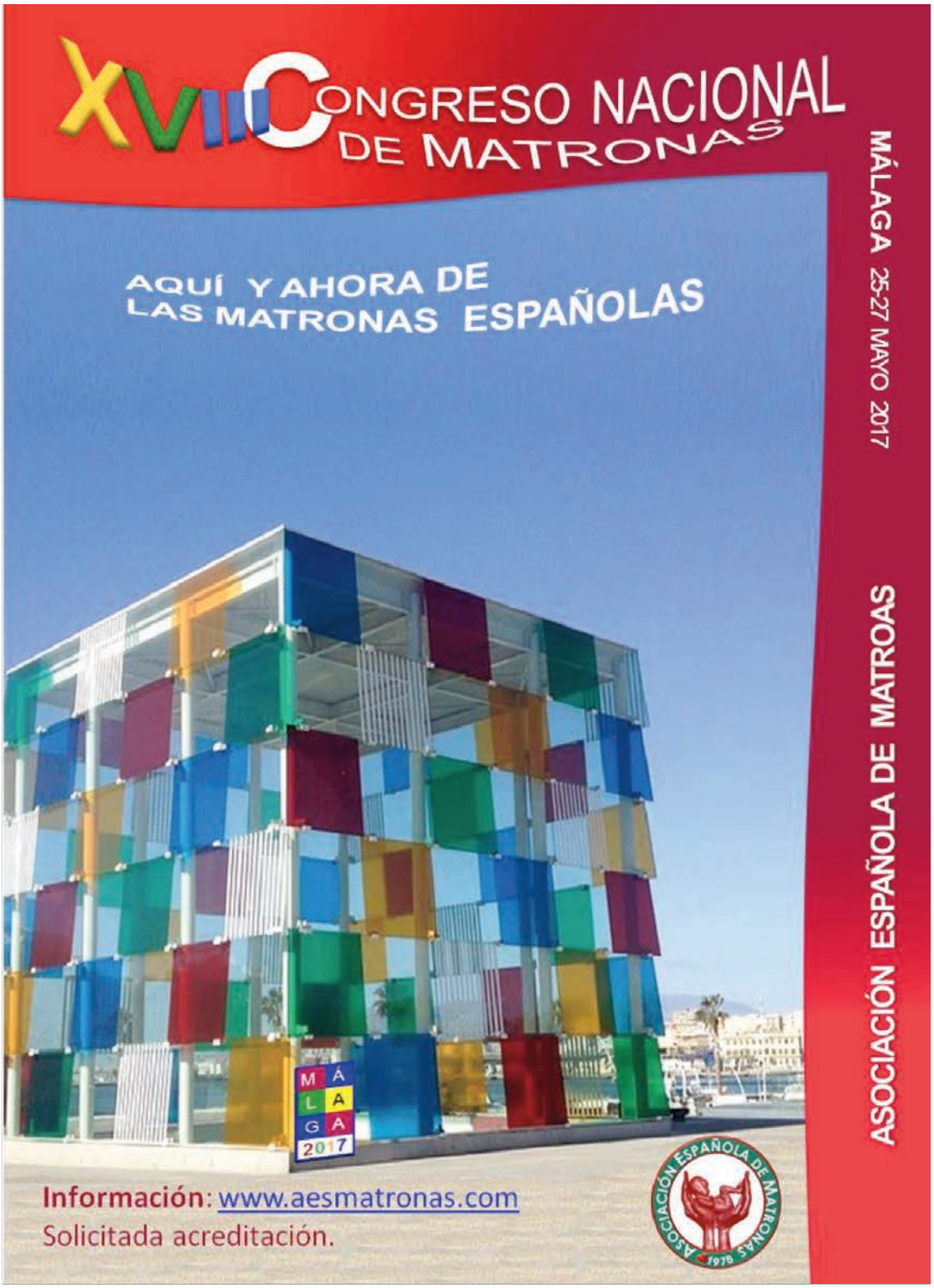
Y ¡claro que no todos los congresos son iguales! La AEM lidera con grandes diferencias el número de créditos que la Agencia de Acreditación de Formación Continuada para actividades presenciales otorga y eso solo quiere decir dos cosas: que la AEM ofrece calidad y seriedad en sus congresos.

Os animamos a asistir a este evento científico, a participar activamente en el mismo con vuestros trabajos, y os adelantamos que Málaga, siempre acogedora y bella, ha sufrido cambios espectaculares que si cabe la han convertido en una ciudad más hermosa, más placentera, siempre alegre, pasional y colorida en cualquier rincón de la ciudad moderna, en la universal ciudad antigua, o a la orilla del mar con sus maravillosas playas, y sobre todo por su gente alegre, amable y generosa. Como decía el malagueño ya mundialmente conocido, Pablo Alborán, "gozar de la vida no es algo irresponsable sino un verdadero arte, un arte que se aprende y que los malagueños sabemos transmitir". Y nosotros lo afirmamos: los malagueños contagian alegría y ponen color a la vida.

Todo esto y mucho más nos ofrece este congreso en el que os esperamos, porque es para todos y cuanto más compartido ¡mejor será!

Comité Organizador y Científico

XVIII Congreso Nacional de Matronas


XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
AQUÍ Y AHORA DE LAS MATRONAS ESPAÑOLAS
MÁLAGA 25-27 MAYO 2017
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATROAS
MÁLAGA 2017
Información: www.aesmatronas.com
Solicitada acreditación.
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS 1978

FECHA Y HORA 25/05/2017	CRONOGRAMA DEL CONGRESO	
9:00 a 15:30h.	ACREDITACIÓN DE CONGRESISTAS SECRETARÍA DEL CONGRESO HOTEL BARCELÓ MALAGA	
10:00 a 14:00h.	TALLERES Salones del hotel Silken Puerta de Málaga (Junto a la sede del Congreso)	
10:00 a 14:00h.	**TALLER I: RCP NEONATAL. ACTUALIZACIÓN.** Dr. D. Enrique Salguero García. Jefe Servicio Neonatología Hospital Regional de Málaga.	**AULA RETIRO. HOTEL SILKEN** **30 Personas**
10:00 a 14:00h.	**TALLER II: TÉCNICA DE SUTURAS Y ANUDADOS.** Dña. Remedios Climent Navajas. Matrona. Dña. Marta Benedí Caro. Matrona.	**AULA CONSULA. HOTEL SILKEN** **30 Personas**
10:00 a 14:00h.	**TALLER III: TÉCNICAS Y HABILIDADES EN COMUNICACIÓN, VERBAL Y NO VERBAL.** D. Ricardo Olabegoya Estrela. *Coach* Certificado Internacional e instructor de *Firewalking*, formador de formadores y analista conductual DISC. Dña. Carmen Galán Fernández Coach Certificada Internacional, instructor de Firewalking, analista conductual DISC y formadora de formadores.	**AULA CALETA. HOTEL SILKEN** **50 Personas**
10:00 a 14:00h	**TALLER IV: ECOLOGÍA DE LA MATERNIDAD.** Dña. Rosario Martín Alcaide. Matrona. Socióloga. Logopeda. Experta en cosmética natural de WELEDA.	**AULA LIMONAR. HOTEL SILKEN** **40 Personas**
DÍA 25/05/2017	**25/05/2017**	
16:00 horas	**ACTO INAUGURAL DEL XVIII CONGRESO NACIONAL**	**HOTEL BARCELÓ**
16:30h./17:15h.	**Conferencia Inaugural.** Alcance de la epigenética en la vida de las personas. Dra. Dña. Mª Luisa Martínez Frías. Directora del Centro de Investigación sobre anomalías Congénitas (CIAC).	**HOTEL BARCELÓ**
17:15 a 20:00h.	**MISCELÁNEA**	
17:30h	Morbilidad neonatal y en la infancia relacionada con problemas obstétricos-neonatales. Dr. D. Enrique Salguero García.	
18:00h	**PAUSA CAFÉ**	
18:30h.	Nutrición y alimentación preconcepcional: hábitos saludables en la mujer. Dr. D. Tirso Pérez Molina. Jefe de Servicio del Hospital Puerta de Hierro de Madrid. Vicepresidente de la SEGO.	**HOTEL BARCELÓ**
19:00h.	Violencia de Género. Andrea Herrero Reyes. Matrona.	

19:30h.	Empatía, transferencias, contratransferencias en la relación matrona/gestante. D. Ricardo Olabegoya/ Carmen Galán.	**HOTEL BARCELÓ**
20:00h.	RUEGOS Y PREGUNTAS	
20:30h.	***COCKTAIL* DE BIENVENIDA**	
	26/05/2017	
8:00/10:00h.	**SESIÓN DE COMUNICACIONES**	**HOTEL BARCELÓ**
10:00 a 11:30h.	**MESA REDONDA: ESTADO ACTUAL DE LAS U.U.D.D.** Dña. Carmen Molinero Fraguas. Presidenta de la Comisión Nacional de Matronas. Dña. Carmen Navarro. Dña. Rosa Blanca Avellaned. **DEBATE**	**Moderadora:** **Mª Angeles Rodriguez Rozalén.**
11:30h.	PAUSA CAFÉ	
12:00 a 14:00h.	**EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**	**HOTEL BARCELÓ**
12:00h.	Malos resultados durante la práctica Obstétrica/Neonatal. Riesgos de demandas. ¿Qué se debe hacer?. Dr. D. Andrés Carlos López. Hospital Quirónsalud Málaga	
12:30h.	Aspectos deontológicos en la actividad de las matronas. Dña. Mª Isabel Castelló López. Presidenta de la Comisión Deontológica del CECOVA.	
13:00h.	Situación actual de las demandas a las matronas. D. Alberto Ortega López. Abogado.	
13:30h.	RUEGOS Y PREGUNTAS	
	COMIDA LIBRE	
26/05/2017	**26/05/2017**	
16:00 a 17:00h.	**SESIÓN DE COMUNICACIONES**	**HOTEL BARCELÓ**
17:00 a 20:00h.	**MATRONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**	**HOTEL BARCELÓ**
17:00h.	Mastitis y abuso de probióticos. Dña. Lucía Moya Ruiz.	
17:30h.	La consulta preconcepcional de la matrona en AP. Dña. Pilar Medina Adán.	
	PAUSA CAFÉ	
18:20h.	Recuperación de suelo pélvico. Dña. Isabel Manzano Alonso.	
18:50h.	Desarrollo de las competencias de las matronas en Andalucia. Dña. Carmen Rodríguez Soto. Presidenta de la AAM.	
19:20h.	**RUEGOS Y PREGUNTAS**	

21:30h.	CENA DEL CONGRESO	
27/05/2017	**27/05/2017**	
9:00 a 11:00h.	**TERAPIAS ALTERNATIVAS**	**SALÓN DE CONFERENCIAS HOTEL BARCELÓ**
09:00h.	Desprogramación de la memoria prenatal Dña. Mª José Aguilar. Matrona.	
09:30h.	Homeopatía en el embarazo y posparto. Dña. Maite Pingarrón Moradas. Matrona.	
10:00h.	Problemas de succión y pares craneales. D. Raúl Guzmán Moro. Osteópata.	
10:30h.	RUEGOS Y PREGUNTAS	
10.45h.	**PAUSA CAFÉ**	
11:00 a 13:00	**ACTUALIDAD OBSTÉTRICA**	**SALÓN DE CONFERENCIAS HOTEL BARCELÓ**
11:00h.	El manejo farmacológico de la maduración/inducción de parto (misoprostol *vs.* dinoprostona) Dña. Eva Arconada.	
11:30h.	Avances en diagnóstico prenatal. Dr. D. Daniel Abehsera. Obstetra. Hospital Quirónsalud Málaga.	
12:00h.	Cuál es el límite en la duración de un parto. Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla. Presidenta de la AEM.	
12:30	**RUEGOS Y PREGUNTAS**	
13:00h.	Lectura de conclusiones del congreso. Dña. Rosario Sánchez Garzón. Secretaria de la AEM.	
	Entrega de premio Mejor comunicación. Entrega de premio a Mejor Poster.	
	Presentación del XIV Congreso Nacional de Matronas.	
	CLAUSURA DEL CONGRESO	

enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería, ahora con formación GRATIS.

EIR autodidacta online

Preparación del **EIR** online

OPEautodidacta Grupo Paradigma

Preparación de **oposiciones** online

- Más de **100 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector

- Comité de **expertos** a tu disposición

- Además, **prepara** de forma autónoma y a tu ritmo el **EIR** y las **oposiciones** cuantas veces quieras y de forma totalmente **gratuita**

- En Campus DAE tendrás importantes **descuentos en formación postgrado** (oposiciones y EIR tutorizados, cursos acreditados, etc.) **y en nuestra tienda digital** (libros, utensilios, aparatos profesionales, etc.)

- Con Saludempleo tendrás a tu disposición el único **portal de empleo** especializado exclusivamente en el colectivo **enfermero**

App disponible para iOS y Android

www.enferteca.com

grupoparadigma