

matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 5 Nº 1 AÑO 2017

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161

SUMARIO

- Editorial
- Consumo periconcepcional de ácido fólico en mujeres puérperas atendidas en el Instituto Materno Perinatal, Lima-Perú 2016
- Aproximación al estudio histórico del diagnóstico de embarazo y sexo fetal
- Evaluación de apps sanitarias para las mujeres gestantes de Atención Primaria en la consulta de la matrona
- Eficacia de la actividad de la matrona en un hospital de gestión privada y sus resultados obstétricos
- La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica
- Prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Echando la vista atrás:

¿Qué pasó con el pago de la especialidad de matrona?

Aquí y Ahora:

Entrevista a matronas del Hospital Universitario de Ceuta

Agenda:

- Mensaje de la ICM en el Día Internacional de la Mujer 2017
- Día Internacional de la Matrona: 5 de mayo
- Cursos de formación continuada de la AEM
- Infomatronas cumple un año
- Congreso Internacional ICM







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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

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

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

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161

1



Comité editorial

Fundadora

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

Rosa Mª Plata Quintanilla

Comité editorial

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

Comité científico

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





Sumario • Summary

Vol. 5 - nº 1 abril-agosto 2017

Editorial	4
Originales	
Aproximación al estudio histórico del diagnóstico de embarazo y sexo fetal María Consuelo Cepeda Hontecillas, María Garrido Romero, Mª Paz Llatas Comeche, Irene Rodríguez Sánchez, Laura Fitera Lamas	6
Eficacia de la actividad de la matrona en un hospital de gestión privada y sus resultados obstétricos Patricia Gilart Cantizano, Rocío Palomo Gómez, Patricia Álvarez Holgado, Luciano Rodríguez Díaz, Juana María Vázquez Lara	16
Consumo periconcepcional de ácido fólico en mujeres puérperas atendidas en el Instituto Materno Perinatal, Lima-Perú 2016	24
Rocío Mercedes Choy Rojas, Emilio Vega Gonzales	
Evaluación de <i>apps</i> sanitarias para las mujeres gestantes de Atención Primaria en la consulta de la matrona María Isabel Fernández Aranda	29
Revisiones	
Prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido	39
La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica Leticia Molina García, Manuel Hidalgo Ruiz, Mª Dolores Miranda Moreno	43
Echando la vista atrás	
¿Qué pasó con el pago en concepto de especialidad de las matronas?	52
Aquí y Ahora	
Entrevista a matronas del Hospital Universitario de Ceuta	57
Agenda	
	04
Mensaje de la ICM en el Día Internacional de la Mujer 2017	61
Día Internacional de la Matrona: 5 de mayo	62
Infomatronas cumple un año	63
Congreso Internacional ICM	64 65
Congreso internacional icivi	CO

Editorial

Una vez más, la esperanza de que la racionalidad, la anchura de miras y la toma de decisiones políticas al margen de intereses espurios condujeran a derogar el decreto de prescripción enfermera, que menoscaba profesionalmente a las enfermería española, se ha venido abajo.

En estos últimos meses, las promesas que aun sonando a falsas nos han hecho a muchos pensar que cabía, aunque fuera una mínima posibilidad, de dar marcha atrás para arreglar "el desaguisado" provocado por el famoso decreto se han evaporado. Es paradójico, cuando menos, que incluso representantes de grupos políticos que reconociendo que en España hay un personal de enfermería, si no el mejor de los mejores de Europa, y que, por tanto, la enfermería de nuestro país está capacitada para manejar medicamentos, hayan votado en contra de la derogación del RD.

Y es que parece que a nadie, salvo a los enfermeros y a los pacientes que sufren las consecuencias de este desatino instado por los politicastros de turno, les interesa el problema, salvo para ser utilizado como arma arrojadiza y "atizar un buen golpe" a los grupos políticos contarios. El Decreto es malo, muy malo, ha conseguido que médicos y enfermeros, si no enemigos, lleguemos a estar enfrentados, y que sobre algunos sobrevuele y haga mella el temor de la competencia, en lugar de admitir la complementariedad entre ambos grupos profesionales con el fin de que nuestro sistema sanitario siga siendo un referente mundial y conseguir el objetivo de aspirar cada día a elevar los niveles de calidad en la asistencia al paciente.

La asistencia al paciente y las garantías en su tratamiento son la bandera que enarbolan los que dicen no y la misma que enarbolamos los que pedimos una decisión racional, un trato justo, una consideración hacia nuestra profesión, nuestros conocimientos y nuestra responsabilidad porque no queremos que nos regalen nada con la derogación de este mal Decreto. La enfermería, en la que estamos incluidas las matronas, no somos un grupo de locos descerebrados sin preparación ni ética y con ansias de ejercer de lo que no somos, pero tampoco queremos inmolarnos como mártires en medio de una situación que nos tiene en el filo de la navaja. Además, de seguir así solo conseguiremos perpetuar la sumisión al estamento médico y admitir que nuestras tareas son delegadas y secundarias, cuando la verdad no es esa.

Al "margen y al hilo" del resto de la enfermería, las matronas estamos facultadas para llevar a cabo de forma independiente muchas tareas en la asistencia sexual y reproductiva de la mujer y de la atención al niño, pero esto, con el RD pendiendo sobre nuestras cabezas, nos quita

de un plumazo la autonomía que estipulan las Directivas Europeas y que hemos demostrado ser dignas de poseer por nuestra cualificación y la calidad de nuestro ejercicio profesional. En ocasiones anteriores, y siempre en relación con este palpitante asunto de la prescripción, he puesto por delante la normativa francesa a la que se someten las matronas de este país. Y es que, dejando de lado los complicados asuntos políticos que mueven o incluso convulsionan la nación vecina, al menos en el tema que nos atañe, siguen una senda recta de evolución porque entienden que necesitan modernizar su sistema sanitario y esto requiere, entre otras acciones, aprovechar la cualificación de las matronas. Por esto dictaron la ley de 26 de enero de 2016 por la que ampliaban las competencias de las matronas en materia de aborto médico medicamentoso, prescripción y práctica de vacunaciones y prescripción de sustitutos nicotínicos todo en el entorno de la mujer y del niño durante el periodo postnatal, facilitando a la vez, el acceso de las mujeres al aborto y la mejora de la inmunización en el entorno infantil, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Superior de Salud Pública (HCSP).

Finalmente, las matronas francesas, al amparo de esta ley, han visto la publicación de sendos decretos en agosto de 2016, por los que se actualizaban la lista de medicamentos y vacunas que pueden prescribir y autorizar facultándoles legalmente, a partir de la fecha de entrada en vigor de los dos decretos, a ejecutar estas nuevas acciones específicas.

No sin cierta envidia, principalmente por la sensatez que han empleado los gobernantes del país vecino en el tratamiento del gremio de matronas y explotación de sus competencias en beneficio de las mujeres y el sistema de salud en general, me enorgullece recordar que las matronas en Francia tenían ya un papel muy amplio dentro del sistema sanitario, que incluye el diagnóstico y seguimiento del embarazo, preparación a la maternidad, asistencia al parto y periodo postnatal, también pueden proporcionar seguimiento ginecológico de prevención, prescripción de anticonceptivos en mujeres sanas, garantizar consultas de deshabituación tabáquica o prescripción de vacunas.

Sin duda, todas estas últimas incorporaciones representan un paso importante para la historia de la profesión, que de esta manera contribuye a la expansión de las competencias de las matronas, proporciona un mayor reconocimiento de su labor profesional y, a la vez, demuestran un mayor grado de sintonía con la realidad de la profesión.

Editorial

En España pasa justamente lo contrario: si nuestros políticos tuvieran conocimiento, vergüenza y decencia no habrían creado este problema, y en el peor de los casos lo habrían resuelto tan rápidos y callados como avergonzados, pero no, siguen "erre que erre" dando largas porque en realidad andan engolfados en sus propias batallas de poder y en vez de servir a España y a los intereses de los españoles, hay demasiados mediocres pseudopolíticos que se sirven de Es-

paña para satisfacer los intereses propios. ¿A dónde llegará la situación? ¿Hasta cuándo durará? Me temo que quedan demasiadas "entregas" de este folletín que si no fuera por el grave trasfondo, no llegaría a más que a guion repetido y cansino de enredos políticos y ambición de poder.

Rosa Mª Plata Quintanilla Directora de Matronas Hoy

Originales

Aproximación al estudio histórico del diagnóstico de embarazo y sexo fetal

- ¹ María Consuelo Cepeda Hontecillas
- ¹ María Garrido Romero
- ² M^a Paz Llatas Comeche
- ¹ Irene Rodríguez Sánchez
- ³ Laura Fitera Lamas

- ¹ Matrona. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- ² Matrona. Hospital de Sagunto (Valencia).
- ³ Directora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana. Tutora.

E-mail: macehon@gmail.com

Resumen

Introducción: la excelencia de una profesión ha recibido un apoyo inestimable cuando se ha dispuesto de su historia a través de las distintas etapas que ha sido ejercida. La documentación escrita ha aportado la gran importancia de la matrona en el cuidado de la mujer en todo su ciclo vital en las distintas sociedades humanas durante siglos.

Objetivo: exponer documentalmente lo que las diferentes culturas reflejaban sobre menstruación, diagnóstico de gestación y del sexo del feto para poder aproximarnos a la realidad histórica.

Metodología: ha estado determinada por el estudio de las fuentes documentales proporcionadas por tratados sobre Historia de la salud y las bases de datos de IME, *Index Medicus*, *Asclepio, PubMed y Medline*.

Conclusiones: la reproducción ha sido uno de los hechos más relevantes en la vida cotidiana de las sociedades desde el comienzo de los tiempos. No existía tanta documentación en lo que respecta al signo de la "falta de menstruación" como diagnóstico en sí mismo. El interés por averiguar el sexo fetal estaba relacionado con la búsqueda de un niño frente a una niña, reflejando la tradicional consideración de supremacía del hombre frente a la mujer. Conocer los orígenes y las posibles causas de esta parcialidad ha permitido observar con más objetividad las relaciones de género de la cultura hoy día.

Palabras clave: historia; matrona; embarazo; sexo.

Abstract

An approach to historic study for pregnancy diagnosis and fetal sex diagnosis

Introduction: professional excellence gets an invaluable support when shown through every step in which it is used. Written documentation has been very important for midwifes when caring for women all over their life in different human communities over the centuries.

Purpose: to documentally show different cultures approaches to menses, pregnancy diagnosis and fetal sex diagnosis, in order to get an approach to historical facts.

Methods: a study of documental sources from health history books and databases (IME, Index Medicus, Asclepio, PubMed and Medline).

Conclusions: reproduction has been one of the most relevant facts in daily life in communities from the ancient times. Not many documents were found regarding the sign of "absence of menses" as a diagnosis itself. The interest to find out fetal sex was related to the interest for having a male and not a female newborn, which reflects the traditional supremacy of men over women. Understanding the origins and potential causes for such a bias has allowed higher objectivity being used when analyzing gender relationships in current cultures.

Key words: history; midwifery; pregnancy; gender.

Introducción

En la actualidad, para llegar al grado de excelencia, toda disciplina científica necesita del conocimiento de su historia, ya que gracias a ella se consolida como profesión.

Del profesional se espera una moral de excelencia. Esto no es fácil de conseguir y menos de mantener en todo un cuerpo profesional. De ahí que se haya de crear unas señas de identidad, "una tradición". Este depósito-saco de conocimientos y valores propios como grupo social es el elemento esencial de la historia, que debe transmitir la realidad del ejercicio profesional a través de los siglos^{1,2}. Este ejercicio profesional ha tenido que adoptar tres actitudes a lo largo de la historia: racional (la científica), empírica (la práctica) y creencial (la ética y la moral)³.

La historia se definió en la Conferencia Internacional de Ginebra, de 1920, como el conocimiento integral y sintético de la vida de la humanidad a través de las edades, culturas o periodos⁴. Estos periodos corresponden a etapas del desarrollo de las sociedades humanas, y suelen presentarse en fechas muy distintas según el grado de evolución de cada una de ellas. Estas etapas se dividen en⁵: culturas arcaicas, culturas clásicas, culturas de la Edad Media, culturas de la Época Moderna y culturas contemporáneas.

El objetivo del presente estudio es exponer documentalmente lo que las diferentes culturas reflejan sobre la menstruación, el diagnóstico de gestación y del sexo del feto, para poder aproximarnos a la realidad histórica.

Las palabras clave utilizadas para esta búsqueda son las siguientes: historia (history), matrona (midwife), embarazo (pregnancy), sexo (sex), análisis para la determinación del sexo (sex determination analysis), procesos de determinación del sexo (sex determination processes), obstetricia (obstetrics), mujeres embarazadas (pregnant women) y atención prenatal (prenatal care).

Material y método

Eruditos en historia afirman que no existe una metodología determinada para investigar, pues depende de las fuentes documentales, o sea, de la Heurística, cuya función consiste en encontrar y reunir las fuentes necesarias para su estudio. En este trabajo, centrado en las culturas con documentación escrita, y por la imposibilidad de abarcar tan amplia documentación, se ha transcrito, traducido e interpretado las fuentes documentales escritas encontradas en los distintos tratados sobre historia de las profesiones de las ciencias de la salud así como la consulta de las bases de datos de IME, *Index Medicus, Asclepio, PubMed, Medline* y algunas obras originales encontradas en los centros de documentación de la ciudad de Valencia.

La secuencia utilizada para el desarrollo de este trabajo se ha basado en describir los conocimientos sobre la época, a continuación el diagnóstico del embarazo y en tercer lugar el diagnóstico del sexo fetal.

Resultados e interpretación

Culturas arcaicas

Se entiende por culturas arcaicas las de Egipto, Mesopotamia y Palestina en los tiempos previos a la aparición de la escritura como se considera en la actualidad⁶.

Egipto

Gran parte de los conocimientos sobre la salud maternoinfantil que poseía la cultura egipcia ha llegado a nuestros días a través de papiros, murales o jeroglíficos⁶.

Diagnóstico de embarazo

El Papiro de Kahum (o de Lahun) es uno de los más antiguos conocidos, está datado en el año 1825 a. C., contiene una amplia información sobre numerosas indicaciones que tenían por objeto determinar el embarazo o de saber si la mujer era fértil. Una de las técnicas que aquí aparecían y más se conocían popularmente era el diagnóstico por la orina⁷. Esta misma forma de diagnosticar el embarazo está escrita en *"The Berlyn Medical Papyrus"* del año 1350 a. C.⁸⁻¹⁰. Entre sus 17 pronósticos relacionados con la obstetricia, también señalaba que la mujer estaba embarazada si al sujetarles los dedos y apretarles los brazos, el rostro se les tornaba verde o sentían en sus manos el latido de las venas¹¹.

Más allá de la utilización de la orina, los antiguos orientales (hebreros y egipcios) también extraían conclusiones de la profundidad de la huella dejada por la supuesta mujer gestante al caminar sobre un terreno blando⁹.

Otro método para averiguar el estado de gestación consistía en extender una mezcla de dátiles machacados y cerveza por el suelo, contando el número de veces que la mujer sentada sobre dicha pasta vomitaba que indicaba el número de hijos que la mujer tendría^{6,12}.

El Papiro Brugsch de 1350 a. C. describía una prueba en la cual un trozo de sandía triturado se mezclaba con leche de mujer puérpera y se le daba a beber a la paciente; si vomitaba, ella estaba embarazada, si solo tenía flatulencia, ella nunca lo sobrellevaría, añadiendo así indicadores de una posible esterilidad⁸⁻¹⁰.

El Papiro de Carlsberg mostraba otro método consistente en dejar un trozo de cebolla o ajo durante toda una noche en la vagina de la mujer y si conservaba al día siguiente su sabor original la paciente estaría embarazada¹⁰. Esta conclusión provenía de la creencia en la cual la boca y el útero estaban comunicados.

En el Papiro de Berlin se puede comprobar que los antiguos egipcios también conocían el hipotiroidismo gestacional y el posible crecimiento de la glándula tiroides. Proponían atar un hilo muy fino alrededor del cuello de la mujer que se rompería por la hipertrofia del tiroides debido a los cambios hormonales⁶.



Imagen 1. Papiro de Kahum (British Museum)

Diagnóstico del sexo fetal

En cuanto al diagnóstico del sexo fetal se encuentran referencias a la lateralidad y superioridad del hombre frente a la mujer en el papiro de Kahum. Una de las técnicas que aparecían y que más se conocían popularmente era de nuevo el diagnóstico mediante la orina: la mujer embarazada orinaba sobre una planta de cebada y sobre otra de trigo. Si la cebada ("it", "masculina") crecía más deprisa, el nacido sería niño, mientras que si lo hacía el trigo ("mwt", "femenino") sería niña. Si ninguno de los dos germinaba, la mujer no estaba embarazada⁷. Cabe señalar que la leche de mujer que se utilizaba en estas prescripciones era siempre aquella de una madre de un niño, pues parecía que se consideraba que esta leche poseía propiedades particulares^{6,13}.

El Papiro de Carlsberg afirmaba que la fecundación sobrevenía del encuentro del semen con la sangre de la menstruación. Si existía preponderancia del semen, tendría como resultado un niño, pero si por el contrario contenía la sangre menstrual sería una niña⁹.

Los egipcios también podían predecir el sexo del feto según la zona del útero que ocupara mayormente. Así, si se encontraba en la parte superior del vientre sería niña, y si lo hacía en la inferior sería niño¹³.

Mesopotamia-Asiria

Los babilonios han pasado a la historia como grandes matemáticos y astrónomos (crearon la división del tiempo en meses, días y minutos, así como los signos del zodiaco). Fueron sucedidos por los asirios, quienes relacionaban la fortuna con los cambios lunares, de donde surgió el cómputo del periodo de gestación por meses lunares y la influencia de los astros en el desencadenamiento del parto.

Diagnóstico de embarazo

Según esta cultura, el embarazo estaba influido por los siete astros conocidos en la época¹⁴. Esta civilización opinaba que los fetos pueden vivir mejor a los siete meses que a los ocho. El número siete era natural ya que incluía en sí el número tres, que tiene vez de padre, y el número cuatro, que es la madre; mientras que el octavo mes de embarazo no sería "natural" porque se componía de "... dos quatros..." o "... números imperfectos..." Así mismo, consideraba que el noveno mes de embarazo era bueno para el feto porque se componía del número 4 (madre) y el 5 (padre)¹⁴.

Diagnóstico del sexo fetal

Según los astrólogos, los signos aritméticos tenían influencia positiva o negativa en el proceso del parto, de forma que los números "... pares son imperfectos y tiene naturaleza de hembra y los números impares como: tres, cinco, siete y nueve son perfectos y tienen naturaleza de varón..."14.

Los textos acadios (entre los siglos VIII-VI a. C.) publicados en los años cincuenta del siglo pasado por Labat, versaban sobre las enfermedades, pero también hablaban de las mujeres y los lactantes y, en particular, del pronóstico del sexo del futuro niño. Este pueblo mesopotámico en nada desmerece su comparación con los pronósticos egipcios.

Palestina

El pueblo hebreo asimiló gran parte de la cultura de Egipto y Babilonia, y fue el primero que escribió narraciones históricas recogidas en el Antiguo Testamento (Biblia). La tradición hebrea de que una mujer que paría un hijo debía permanecer pura durante 33 días y si era una niña 66 días se convirtió también en una práctica entre los cristianos, dando lugar a la ceremonia cristiana de la "misa de la parida" 15.

Diagnóstico de embarazo

Sobre el diagnóstico de embarazo no se ha encontrado ninguna fuente documental.

Diagnóstico del sexo fetal

En la tradición hebrea, la matrona, según la Biblia y el Talmud, era una figura muy importante en todo este proceso aunque se hacía mayor hincapié en la higiene durante el embarazo que en el diagnóstico del mismo, del sexo fetal o la asistencia al parto.

En el Primer Libro del Antiguo Testamento (1800 a. C.) se describe el parto complicado de Raquel, mujer de Jacob, que fallece en el mismo. También se describe cómo la comadrona con un tacto vaginal descubre el sexo del feto, pues se trataba de una presentación de nalgas. (Génesis, 35¹⁶⁻¹⁸).

Culturas clásicas

Se señalan como culturas clásicas la India, China y Grecorromana. Estas culturas aunque sean pueblos diferentes tenían características comunes en cuanto al conocimiento del cuerpo humano, las enfermedades y los tratamientos, y al mismo tiempo no creían en fenómenos mágico-religiosos, ya que explicaban los hechos mediante doctrinas racionales¹⁴.

India-China

En la India se advierten las fuentes más antiguas de la medicina védica en el Atharvaveda, pero el texto fundamental de esta ciencia se encuentra en Susruta, cuyas obras fueron traducidas al latín. La influencia de la cultura china en la India, y esta su vez en la cultura occidental se dejó notar ya en la antigua Grecia.

Diagnóstico de embarazo

Del antiguo imperio chino se conserva constancia de dos importantes tratados de obstetricia: Hua-T'o y Ch'an Pao. En ellos aparece la frecuencia cardiaca como método de detección del embarazo.

La palpación especial de los pulsos, la observación, la audición, la olfacción y hasta la obtención de información por el sentido del gusto, son los procedimientos tradicionales que se empleaban para conocer los rasgos individuales de cada mujer. Las modificaciones producidas por la gestación variaban la normalidad de cada pulso, pudiendo modificar la frecuencia, la dimensión, la forma, el ritmo, la posición y la intensidad de sus pulsos, llegándose a ver hasta 28 pulsos diferentes. Donde por ejemplo el pulso resbaladizo o deslizante se asociaba con la aparición de un embarazo.

Diagnóstico del sexo fetal

En la cultura india existía la creencia de que la sangre menstrual de la mujer podía decidir el sexo del hijo¹⁶.

Respecto a la cultura china, cabe señalar que aparecieron las asociaciones características de favorable-derecha y desfavorable-izquierda, sobre todo dentro de la teoría de los opuestos del Taoísmo, de forma que para ellos el Yang era lo masculino y el Ying lo femenino.

Grecia-Roma

La cultura griega abandonó el concepto mágico de la enfermedad, buscando una explicación lógica a todo lo relacionado con la salud y la enfermedad¹⁴.

El saber-hacer obstétrico griego se encuentra recopilado en las obras de Hipócrates, Sorano de Éfeso y Herófilo de Calcedonia. En ellas se describen la anatomía femenina, la fertilidad, la fecundación, el diagnóstico del embarazo, del sexo fetal, las recomendaciones para la asistencia al parto y los cuidados al recién nacido¹⁴.

Durante la época dorada del Imperio Romano los conocimientos adquiridos sobre Anatomía, Fisiología, Patología y Terapéutica sufrieron un gran avance gracias a los estudios de Dioscórides y Asclépides, pero sobre todo gracias a Galeno, ya que sus obras fueron traducidas al árabe y a otros idiomas europeos y sus trabajos se utilizaron hasta el siglo XVIII¹⁴.

Diagnóstico de embarazo

Hipócrates defendía que eran las matronas las que debían observar las señales que las mujeres presentaban en su rostro y cuerpo, o las actitudes de rechazo ante ciertos alimentos, provocando determinadas reacciones, no siendo específicos en la determinación del sexo del hijo.

Galeno, sin embargo, se refería a "signos más fiables" como la falta de regla o malestar general.

Diagnóstico del sexo fetal

Aristóteles planteó un nuevo modelo ontogénico donde introdujo las bases racionales para interpretar cierta relación fisiológica con la lateralidad que fue definitivamente adoptada e integrada por Galeno y mantenida en el esquema galénico durante siglos e incluso revitalizada por nuevas teorías médicas en el siglo XIX.

A la lateralidad va unido uno de los más antiguos usos simbólicos de la cultura humana: la asociación de características favorables-desfavorables al binomio izquierda-derecha. En general, derecha significa favorable e izquierda desfavorable. Esta relación es el resultado de la especialización y del uso instrumental de la mano derecha desde los primeros homínidos.

La Tabla pitagórica de los contrarios también contribuyó a esta diferenciación, en donde la derecha corresponde al hombre (cálido, día, positivo) y la izquierda a la mujer (frío, noche, negativo), por lo que el sexo lo decide el calor (hombre) o el frío (mujer).

Ciertos textos como los aforismos hipocráticos convierten esta idea central en referencia para toda la medicina galénica⁷. Así afirma el Aforismo 38: "Si una mujer embarazada que tiene en su vientre gemelos, le adelgaza un pecho, aquella pierde uno de los dos fetos. Si se le seca el pecho derecho,

es varón; si se le seca el izquierdo hembra" (de este aforismo se deduce, además, que presuponían la relación entre cada una de las mitades uterinas con su mama homolateral y la relación entre embarazo y turgencia mamaria)⁷.

Se hallan también las siguientes divisiones:

 Lateralidad en el abdomen y partes del cuerpo: el eje transversal es el utilizado en el galenismo por su asociación lateralidad-género, que incluye tanto la observación como la anamnesis para determinar el sexo del hijo, al igual que el lateral en donde la mujer gestante note con más intensidad los movimientos fetales.

"El testículo derecho es responsable de los hijos varones" (Empédocles de Agrigento)¹⁶.

"Los niños varones son concebidos en el cuerno derecho del útero, las niñas en el cuerno izquier-do"10.

"Si el ojo derecho brilla más y el pecho derecho es más grande será niño" (Hipócrates)¹³.

• Lateralidad en el uso de los pies. La preferencia de uno de los pies para comenzar la marcha era casi el paradigma de las técnicas folkmédicas. Está relación parece ser anterior a la asociación griega, situándose en el simbolismo anterior. La idea aún perdura bajo la expresión "levantarse con el pie izquierdo". La importancia de adelantar en primer lugar el pie derecho fue adoptada por los romanos en tal medida que la mayor parte de los templos eran construidos con un número impar de escalones para que tanto el primero como el último pudiesen ser alcanzados con el pie derecho. Se une así de nuevo la superioridad del lado derecho con el del número impar, ambos asociados tradicionalmente al sexo masculino.

"Que junte la mujer los pies, sin que se le adhiera cosa alguna, y se tenga en cuenta, con qué pie comenzó a andar, porque si arrojó primero el derecho, trae hijo y si fue el izquierdo, hija..." (Prisciano)⁷.

Gran cantidad de técnicas para el diagnóstico prenatal del sexo fetal se basaban directamente en la supuesta mayor perfección del hombre frente a la mujer, siendo las molestias en el embarazo eran presagio del nacimiento de una niña y en todo caso se relacionan por algunos autores clásicos las molestias en el lado derecho con los niños y las del lado izquierdo con las niñas.

Hipócrates de Cos constituyó una excepción en esta corriente de pensamiento, que afirmaba que según el clima vivido en el país de nacimiento del hijo se determinaría el sexo del mismo. Cálido para la mujer y frío para el hombre.

Siguiendo el galenismo médico se afirmaba que la mujer era inferior al hombre, como un hombre mutilado. Así pues, el argumento aristotélico de asociar calor con mayor actividad y género masculino reforzaba la teoría teológica al justificar la imperfección e inmadurez de la mujer por el fin para el que fue creada: retener el semen masculino y compensar su exceso de calor.





Imagen 2. Manuscritos latino y árabe de comentarios a dos obras de Hipócrates: Aforismos y Epidemias. (Monasterio de El Escorial)

Culturas de la Edad Media

La medicina medieval fue una mezcla dinámica de ciencia y misticismo. En la temprana Edad Media, el conocimiento médico se basaba en los textos griegos y romanos, atrapando estos conocimientos en las nuevas teorías nacientes¹⁴.

Cristianismo

En el cristianismo primitivo los médicos de la época no revelaron demasiada información novedosa, escribiendo pequeños textos, compilaciones o ensayos sincréticos. En esta situación fue configurándose lo que sería la medicina bizantina y lo que se llamó "ascensión del galenismo".

Diagnóstico de embarazo

En el siglo XV existen tratados escritos por parte de mujeres sabias y matronas de la época que recogen los saberes populares, como el denominado *Los Evangelios de las Ruecas*, en donde ciertas mujeres se congregaban en reuniones y exponían su saber adquirido a lo largo de la experiencia propia. La presidenta de las mismas se denominó Dama Ysengrie du Glay. Establecían pruebas diagnósticas de la gestación, en algunas ocasiones señalaban el diagnóstico de la misma y en otras el sexo del hijo.

"Mis buenas amigas, si una mujer quiere saber si está embarazada, debéis decirle que mee en un lebrillo después de colocar en él un picaporte o una llave, aunque es más decoroso que sea un picaporte, y que lo deje en el lebrillo con la orina durante tres o cuatro horas. Después de lo cual, deberá tirar la orina, coger el picaporte y ver si la huella del picaporte permanece en el fondo del lebrillo. Tened entonces por cierto que si ha dejado huella, la mujer a la que pertenece la orina está sin duda encinta; si no hay rastro, no lo está: o lo uno o lo otro"17.

Diagnóstico del sexo fetal

El binomio derecha-niño; izquierda-niña sigue expresándose en los tratados de la cultura cristiana¹⁷.

San Alberto Magno explicaba que para obtener un niño era conveniente que la simiente se dirigiera hacia el lado derecho.

La superioridad del niño quedaba confirmada al sentir molestias la madre durante el embarazo si lo engendrado era una niña. Ciertos autores, además, añadían que no solo la madre presentaba estos signos o síntomas, si no que el padre de la criatura, al engendrar una niña se sentía de la misma manera.

"Si un hombre engendra naturalmente un hijo y al acordarse del momento en que eso sucedió se pregunta cómo se sentía después del hecho, entonces no necesita ya otro parecer. Pues cuando un hombre engendra u niño, cambia poco, ya que engendra a su semejante, pero si engendra una niña, que está fuera de su constitución, se encuentra turbado durante dos o tres días"¹⁷.

El enrojecimiento de las mejillas de la madre ante la pregunta del sexo de su hijo, era señal de engendramiento de una niña.

El aderezo con sal en la alimentación en la vida diaria podía ser utilizado para diagnosticar el sexo del feto. Colocada mientras la mujer descansaba, tenía en cuenta el género del primer nombre pronunciado por la mujer gestante para adivinar el sexo fetal¹⁷.

Cuando la mujer no era gestante, se servían de consejos para conseguir la gestación del sexo deseado:

"Mientras el marido se afana en el amor, le hacéis girar el rostro hacia oriente, entonces, si os deja embarazada, será niño"¹⁷.

"Si una mujer se acuesta con su marido y prefiere tener un hijo a una hija, debe mantener las manos cerradas mientras su marido hace la obra de la naturaleza y por cierto de que este modo tendrá un hijo"¹⁷.

"Las matronas antiguas mantienen que si se quiere hacer un hijo, hay que hacerlo por la mañana, y que la niña se hará a la hora de vísperas, por la noche"¹⁷.

Islamismo

Los árabes tuvieron una medicina floreciente, pero sus médicos fueron griegos, persas, judíos o cristianos. Rhazés, Avicena y Averroes son los más célebres¹⁸.

Diagnóstico de embarazo

Los cambios en el rostro o cuerpo de la mujer y ciertas pruebas clínicas fueron utilizados por la cultura árabe para reconocer la gestación en una mujer.

Diagnóstico del sexo fetal

La situación del niño en el lateral derecho, la superioridad del mismo y la mejor calidad de la secreción materna en el caso del embarazo de un niño, eran creencias propias de la cultura musulmana. Avicena lo representaba en sus escritos⁷.

España

En la época visigoda el hecho más destacado en España fue la cesárea practicada por Paulo de Mérida a una mujer embarazada viva con feto muerto entre los años 530 y 560. La legislación de la época proporcionaba una interesante información de carácter profesional sobre los cuidados maternos infantiles, siendo en cambio muy escasas las referencias sobre el tema en las obras de San Isidoro.

El Tratado de Arib ibn Sa´id Al-Katib titulado *El libro de la generación del feto, el tratamiento de las embarazadas y de los recién nacidos*, escrito en el 970, aporta todo el conocimiento científico que debían tener en cuenta las matronas en la asistencia a la mujer y el recién nacido. Está considerado como el primer tratado escrito en España para matronas en el siglo X.

Diagnóstico de embarazo

Arib Ibn Said señaló como signos evidentes de embarazo los cambios en el rostro de la mujer o en su cuerpo, en los pechos y en el blanco de sus ojos, al igual que ciertas pruebas de embarazo que recuerdan a la Edad Antigua y Clásica.

"Un signo de estar embarazada la mujer es: fluyen pocas secreciones tras el coito y en el momento del coito tiene escalofríos y le duele ligeramente cerca del ombligo. La vulva está seca y el orificio del útero cerrado"¹⁹.

"Otros signos de embarazo: la mujer no tiene apetito sexual, y tiene los vasos de su pecho del color de los puerros, los pechos erguidos y el blanco de sus ojos alterado y toma su cara un color terroso" 19.

"Prueba segura de embarazo: le dará a la mujer de beber antes de acostarse agua con miel (una parte de miel y 10 de agua), descansará por la noche y si tiene dolor cólico alrededor del ombligo ella estará embarazada evidentemente. Esto es debido a que el útero cuando acoge el semen se contrae y de la naturaleza de la miel mezclada se origina aire y esto origina el cólico"¹⁹.

Diagnóstico del sexo fetal

Continuaban vigentes las ideas galénicas de lateralidad y

superioridad del hombre. En algunos casos se daba explicación a la generación de mujeres con aspecto varonil y varones afeminados.

"Si sale en el lado derecho del útero una úlcera, el feto será niña. Si sale en el lado izquierdo será niño, porque en el lado que sale una úlcera no saldrá feto" 19.

El mejor aspecto de la mujer gestante y su ligereza eran propios de la concepción de un niño, pues según ciertos autores era el calor el causante de esa belleza; sin embargo, la mujer tendía hacia el frío, provocando características negativas en la madre.

Rasis declaraba que la no apetencia de relaciones sexuales en la madre era significante del engendramiento de un niño, y que si las mujeres dormían del lado derecho apenas tenían hijos⁷.

Culturas en la Época Moderna

El pensamiento científico de los médicos del Renacimiento les llevó a escribir tratados materno-infantiles totalmente teóricos en lengua vulgar, ya que la actividad práctica de los partos estaba monopolizada por las matronas (gracias al consentimiento de los maridos y de una sociedad con una escala de valores y perjuicios que potenciaron a las matronas en la asistencia de los partos).

Diagnóstico de embarazo

La aparición de signos o síntomas durante la relación sexual era una característica ya estudiada por otros autores que reflejaban el diagnóstico del embarazo y la diferencia del sexo^{20,21}.

Nicholás Culpeper, médico londinense del siglo XVII, recomendaba: "Si después de haber tenido unión carnal con su marido, se sentía la mujer más satisfecha que de ordinario, estaba embarazada".

La luz también era un elemento a utilizar. La alteración de las pupilas debidas a los cambios de intensidad de la misma, era una característica propia de la gestación⁷. Jacques Guillemeau, médico del siglo XVI, autor de un influyente tratado sobre oftalmología, afirmaba que podía saber la existencia de embarazo a través de los ojos de la mujer en el segundo mes de gestación, pues sus ojos se tornaban hundidos, con pequeñas pupilas y los párpados caídos.

Algunos autores determinaban el embarazo por la orina, existiendo multitud de características diferentes para el diagnóstico. De nuevo Joubert ofrecía unos cuantos ejemplos:

"Si es blanca y clara, mezclada con pequeños átomos, cuando encima aparece una nebulosidad parecida al arco iris o de color opalino, si hay alguna nube en el fondo que se mueve y difunde en pequeños copos como algodón cardado, si

hacia el final la orina es espesa, y rojiza, a causa de la larga retención de los meses, es que la mujer está encinta"¹⁰.

Diagnóstico del sexo fetal

Los avances en anatomía durante el siglo XVI desterraron la idea de la división uterina (Avicena afirmaba que el útero se dividía en siete celdas: tres más cálidas a la derecha que darían hombres y tres izquierdas más frías que darían mujeres y una central que daría hermafroditas). Aunque poco a poco se irían desprendiendo de las mismas, no se rechazaba del todo la relación sexo-lateralidad, que aún perdura en nuestros días.

Joubert revelaba la utilización de una mata de apio silvestre, con su raíz para determinar el sexo. Se colocaba una mata de apio encima de la cabeza de la mujer gestante, de una forma improvista, si la primera palabra que pronunciase era de género masculino, sería niño. Así mismo también relacionaba el vientre puntiagudo con el nacimiento de varones¹⁰.

Culturas contemporáneas

Los avances científicos y tecnológicos, supusieron evidentes cambios en el desarrollo de métodos diagnósticos tanto de embarazo como del sexo fetal¹⁴.

Diagnóstico de embarazo

A principios del siglo XIX se realizó la primera auscultación fetal. Posteriormente, Hegar registró el reblandecimiento gravídico del útero y demostró que no es uniforme, "mientras que el cuerpo se presenta ya blando, el cuello ofrece cierta resistencia al dedo en el tacto bimanual". Se establecieron las maniobras de Leopold, permitiendo una exploración ordenada y no invasiva del útero grávido, su forma y contenido¹⁶.

A finales del siglo XIX, Roentgen descubrió los rayos X y comenzaron a emplearse para el diagnóstico de malformaciones y malposiciones fetales, aunque no era útil para la identificación del sexo fetal, por la ausencia de diferencias óseas entre los fetos de distinto sexo⁷.

En 1920 apareció el primer ecómetro, pero su primera aplicación médica fue en 1959, cuando se estudió la imagen ecográfica del cráneo fetal. La ecografía pasó a ser un método exploratorio ampliamente utilizado hoy día en las distintas especialidades médicas y en concreto en obstetricia⁷.

Tres mil trescientos años después de los papiros de Egipto, Aschheim y Zondek describieron un método basado en la demostración del efecto que tenía la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) excretada en la orina de la mujer embarazada, al ser inyectada en ratones infantiles hembras. Se sacrificaban a las 100 horas y se inspeccionaban sus ovarios. Si se encontraban engrosados y congestivos, la mujer estaba embarazada en un 80-98% de los casos⁸.

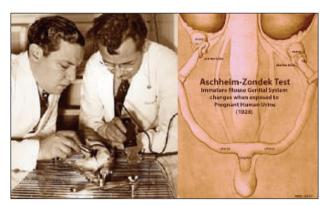


Imagen 3. Los científicos Aschheim y Zondek. Década de los años 20. Alemania

Carlos Galli Mainini observó como la orina de mujeres embarazadas inyectada en un tipo de sapos, estimulaba la espermatogénesis bajo la acción de la HCG, con una gran exactitud. Fue la primera prueba en la que no era necesario matar a los animales utilizados para el experimento⁸.

Progresivamente iban cobrando protagonismo las pruebas inmunológicas, para determinar la concentración de HCG y su subunidad β^8 . Los test inmunológicos de gestación fueron ampliamente disponibles en 1978¹².

Diagnóstico del sexo fetal

A mediados del siglo XIX se planteó la posibilidad de diagnosticar el sexo del feto según su frecuencia cardiaca⁸, afirmando que es mayor en las niñas que en los niños. También se sugirió regalar a la mujer puérpera un número impar de huevos para tener un niño en el siguiente parto, relacionando lo impar con lo masculino y par con lo femenino⁷.

Se postulaba que conociendo el sexo de un recién nacido, el ovario de donde procedía el óvulo que fue fecundado y el número de menstruaciones transcurridas desde el parto hasta la nueva gestación, se podía predecir el sexo del feto. Esta teoría se fundamentaba en la idea de que las ovulaciones tenían lugar alternativamente en los ovarios. El ovario derecho producía óvulos seriados en la siguiente forma: hombre, hombre, mujer, hombre, mujer, Y el ovario izquierdo: mujer, mujer, hombre, mujer, mujer, hombre²¹.

Ya en el siglo XX se sugirió que inyectando orina de la embarazada a conejos macho de tres meses, se producía una maduración precoz del testículo en el caso de que el sexo esperado fuese femenino. También se pretendió encontrar alguna característica en la sangre de la mujer gestante, capaz de destruir el tejido testicular de animales en laboratorio, si el engendrado era niño⁷.

Más tarde, se hallaron diferencias significativas en los niveles séricos de alfa-fetoproteína y HCG en el tercer trimestre de gestación, siendo la primera más alta en embarazos de niños y la segunda en los de niñas.

En 1978, se consiguió el primer embrión *in vitro*. Con ello apareció la posibilidad de elegir el sexo fetal, planteando a la vez un problema ético. Posteriormente, comenzaron a realizarse biopsias de vellosidades coriales, en torno a la semana 8 de gestación, siendo el diagnóstico cromosómico más precoz⁷.

En el siglo XXI se visualizó el "signo sagital", y la dirección en la que apuntaba el tubérculo genital (craneal en los varones y caudal en las mujeres). Ambos eran indicadores del sexo fetal por ecografía realizada entre las 11 y 14 semanas de gestación²².

Por otro lado, y dejando aparte las técnicas más avanzadas, estuvo el saber popular. Pervivía la creencia que relacionaba la posición fetal y el sexo: "Si la matrona ve que el feto nace boca abajo es niño y si boca arriba niña". Este enfoque correspondía a su asociación con un par muy relacionado simbólicamente con el género, como era el formado por los conceptos delante-detrás. Por ejemplo, si la embarazada se caía hacia delante indicaría nacimiento de un niño. También se hacía referencia a que si los dolores del parto se irradiaban hacia la parte anterior sería niño⁷.

Según la posición de los pies de la mujer gestante, se consideraba que si apuntaban hacia afuera al caminar, el feto era un niño, y si apuntaban hacia adentro era una niña. Del mismo modo se interpretaba la posición de las manos al cruzarlas, si las cruzaba por delante del vientre era un hombre y si las cruzaba por detrás mujer. Una variante era que si cruzaba las manos por delante del pecho era un hombre y si las apoyaba en las caderas era una mujer⁷.

También se comentaba la relación entre vientre en punta y sexo masculino, atribuyendo al femenino un vientre achatado, ensanchado o un aumento de las caderas⁷.

Respecto al diagnóstico prenatal basado en la forma del ombligo de la madre en la segunda mitad del embarazo, se pensaba que nacía una niña si el ombligo estaba invertido, mientras que si estaba evertido era niño⁷.

Para algunas personas, los entuertos indicaban cambio de sexo en el próximo hijo. También se decía que si las moscas acosaban a la mujer embarazada, es que llevaba niña⁷.

A principios del siglo XX en España estuvo bastante extendida la creencia de que "los partos más fáciles, al igual que las características consideradas positivas durante el embarazo, corresponderán a la gestación de un hijo"¹⁵.

Conclusiones

Puesto que la reproducción ha sido -y aún es- uno de los hechos más relevantes en la vida cotidiana de las sociedades

desde el comienzo de los tiempos, los intentos por detectar cuándo una mujer se quedaba embarazada, así como la forma de concebir un niño o una niña, o el diagnóstico del sexo fetal prenatal, son igualmente antiguos e importantes. Originariamente, los métodos de detección del embarazo estaban en conexión directa con cuestiones mágicas y religiosas.

Este interés por averiguar el sexo fetal estaba relacionado con la búsqueda de un niño frente a una niña, generalmente por motivos de primogenitura, patrimoniales y por la consideración de la supremacía del hombre en las familias, leyes y política de las distintas culturas. Se encuentra este aspecto especialmente reseñable, pues puede apreciarse como denominador común en la gran mayoría de las culturas y periodos investigados en este trabajo.

Hoy en día, un diagnóstico casi de certeza del embarazo es fácil y accesible para la mayoría de mujeres, incluso evitando pasar por el entorno sanitario, ya que se han hecho populares y se comercializan métodos de detección hormonal en las farmacias sencillos de interpretar.

En este trabajo existen numerosas referencias a lo largo de la historia en cuanto a técnicas o síntomas diagnósticos del embarazo, pero no existe tanta documentación en lo que respecta al signo de la "falta de menstruación" como diagnóstico en sí mismo, con la gran importancia que se le asigna a esta característica en la sociedad actual, pues la falta de un periodo de la misma es el primer signo de alerta de diagnóstico de embarazo.

Como matronas, profesionales de la salud de la mujer en todas las etapas de su ciclo reproductivo, consideramos determinante el momento del diagnóstico del embarazo, incluso desde la época histórica más remota. En el mismo sentido, llama la atención la preferencia, común a lo largo de la historia, de la descendencia de sexo masculino frente al femenino, relacionada con la tradicional consideración de supremacía del hombre frente a la mujer, la cual aún puede apreciarse de forma más o menos sutil en la sociedad actual. Conocer los orígenes y las posibles causas de esta parcialidad, permite observar con más objetividad las relaciones de género de la cultura hoy día.

Bibliografía

- Martínez Molina A. Estudio histórico de la enfermería en España II: La profesión de la matrona según el tratado de Luis Lobera de Ávila (s. XVI). Fundación de Enfermería Internacional. Valencia: Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 1994.
- Martínez Molina A. Estudio histórico de la enfermería en España: la profesión de la matrona según el tratado de Núñez de Coria (s. XVI). Fundación de Enfermería Internacional. Valencia: Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 1995.

- 3. Gracia D. Origen de la Enfermería española una profesión y su historia. Jano 1994; 1098(47):53.
- 4. Rama CM. Teoría de la Historia. Introducción a los estudios históricos. 3ª ed. Madrid: Tecnos; 1974.
- 5. López Piñero JM. Lecciones de historia de la medicina. Instituto de Estudios Documentales e históricos sobre la ciencia. Valencia; Universitat de Valencia C.S.I.C. 1989. p. 15-44.
- Ghalioungul P. La medicina en el Egipto faraónico. En: Historia Universal de la Medicina. Tomo I. Madrid: Salvat Editores; 1972. p. 112-3.
- 7. Guijarro Ponce JA. Análisis histórico y cultural de las ideas populares sobre la determinación y diagnóstico prenatal del sexo fetal [tesis]. Cuenca: 2002.
- 8. Velásquez N. Pruebas para diagnóstico de embarazo. Rev Obstet Ginecol. 2009; 69(3):186-92.
- 9. Usandizaga JM. La evolución histórica de la enseñanza de la obstetricia y ginecología. Gaceta Médica de Bilbao. Discurso académico. 1978; 75(5):439-58.
- 10. Soubiran A, De Kearney J. El diario de la medicina. Barcelona: Laboratorios Beecham SA; 1979.
- 11. Tostado FJ. Franciscojaviertostado.com [Internet]. Métodos curiosos de diagnosticar el embarazo en la antigüedad. [citado 8 mar 2017]. Disponible en: http://franciscojaviertostado.com/2013/02/01/maneras-curiosas-de-diagnosticar-el-embarazo-en-la-antiguedad/
- 12. Haarburger D, Pillay TS. Historical perspectives in diagnostic clinical pathology: Development of the pregnancy test. J Clin Pathol. 2011 Jun; 64(6):546-8.
- 13. Dunham C. Mamatoto. La celebración del nacimiento. Barcelona: Plural Ediciones; 1992.
- 14. Martínez Molina A. Desarrollo profesional de la Matrona a través de su historia. En: El Asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del colegio de enfermería de Madrid (1862-2012). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2013. p.197-215.
- Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
- 16. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores; 1972.
- 17. Lacarrière J. Evangelios de las ruecas. United States: Olañeta; 2000.
- 18. Roger Romo I. Historia de la Medicina. Primera edición. Barcelona: Editorial Bruguera; 1971.
- 19. Arjona Castro A. El libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos: "Arib Ibn

MATRONAS HOY • Vol. 5 - nº 1 abril-agosto 2017

- Sa'id". Córdoba: Diputación Provincial de Córdoba, Servicio de publicaciones; 1983.
- 20. Martínez Molina A. Estudio histórico de la enfermería en España: la profesión de la matrona según el tratado de Juan Alonso Ruyzes de Fontecha (s. XVII). Fundación de Enfermería Internacional. Valencia: Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 1995.
- 21. Recasens L. Diagnóstico de la gestación. Barcelona: Salvat; 1942.
- 22. Adiego Burgos B, Martínez Ten P, Pérez Pedregosa J. Determinación del sexo fetal en el primer trimestre de la gestación: estudio prospectivo. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(2):117-23.

Originales

Eficacia de la actividad de la matrona en un hospital de gestión privada y sus resultados obstétricos

- ¹ Patricia Gilart Cantizano
- ¹ Rocío Palomo Gómez
- ¹ Patricia Álvarez Holgado
- ^{1,2} Luciano Rodríguez Díaz
- ^{1,2} Juana María Vázquez Lara

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

E-mail: patricia.qilart@gmail.com

Resumen

Introducción: actualmente la atención al embarazo, parto y postparto en el ámbito privado se piensa que es una atención menos especializada y que no cumple las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ni del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Objetivo: mostrar los mecanismos utilizados por un equipo de matronas para conseguir la excelencia sanitaria dando apoyo logístico al Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

Metodología: estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre los datos estadísticos recogidos desde el 1 de enero de 2015 al 1 de enero de 2016 del libro de partos. El trabajo de obstetricia en un hospital privado a manos de las matronas puede cumplir las recomendaciones tanto de la OMS como del ministerio y aumentar la satisfacción materna al ofrecer una asistencia de calidad y por el profesional adecuado.

Discusión y conclusiones: después de tres años trabajando en un hospital, se puede afirmar que el trabajo de las matronas ha ido en aumento, puesto que la media de partos al mes ha subido casi tres puntos con respecto al año anterior y existen unos indicadores excelentes de calidad con respecto al trabajo directo de las matronas.

Palabras clave: matronas; gestión servicios obstetricia; maternidad privada.

Abstract

Efficacy of midwives' actions in a privately managed hospital and obstetric results

Introduction: current care in pregnancy, birth and postpartum in a private healthcare setting is considered to be a less specialized care not complying with recommendations by World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health, Social Politics and Equality.

Purpose: to show the mechanisms used by a team of midwives to achieve healthcare excellence as a logistic support in Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

Methods: an observational, descriptive, retrospective study based on statistical data collected from January 1st 2015 to January 1st 2016 in the birth log book. Obstetric work by midwives in a private hospital may comply with recommendations by WHO and the Ministry, and may result in an increased maternal satisfaction when offering a high-quality care by the appropriate health professionals.

Discussion and conclusions: after a three-year period of work in a hospital, midwives work has increased, because the mean number of births is three points higher from previous year, and excellent quality indexes have been observed regarding direct midwifery work.

Key words: midwives; obstetric services management; private maternal hospital.

Introducción

Actualmente la atención al embarazo, parto y postparto en el ámbito privado se piensa que es una atención menos especializada y que no cumple las recomendaciones de la OMS ni del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Se piensa incluso que hay familias que exclusivamente van a parir a un centro privado para tener una habitación individual y para la comodidad de las visitas¹⁻⁴.

Existe la idea de que el parto atendido en un hospital privado es atendido con menos recursos técnicos para atender las situaciones de riesgo, así como, la existencia de un mayor porcentaje de cesáreas en la terminación del mismo. La realidad es que existen hospitales privados que sí trabajan bajo la evidencia científica actual y bajo las recomendaciones actuales de la atención al parto normal. En estos hospitales privados los índices de calidad se superan con creces y las recomendaciones se cumplen al igual que en un hospital público. Además, los números hablan por sí solos y las estadísticas anuales son revisadas todos los años.

La atención en el Hospital Quirón Campo de Gibraltar se centra en la atención de calidad de las mujeres, ofreciendo un seguimiento del embarazo, parto y postparto basado en la evidencia científica actual. Según la OMS, el profesional encargado de atender el parto normal es la matrona y si existe cualquier tipo de complicación es cuando la figura del ginecólogo aparece. En el Hospital Quirón Campo de Gibraltar, el trabajo se realiza en equipo y siempre ofreciendo a las mujeres la calidad asistencial que recomiendan todas las organizaciones con respecto a la atención del parto.

Una mujer embarazada de 37 semanas de gestación o más, que llega de parto por urgencias, es atendida solo y exclusivamente por la matrona. El concepto de que en el hospital privado te atenderá el parto el ginecólogo que te ha controlado el embarazo no existe. Las mujeres que son atendidas conocen a todo el personal que interviene en su parto mediante las clases de educación maternal impartidas meses antes en el centro, donde conocen a todas las matronas del hospital, así como una representación del equipo de ginecología, anestesia y pediatría.

En el Hospital Quirón Campo de Gibraltar existe una media de 34 partos mensuales, esto hace que el trato de la mujer en el momento del parto sea individualizado, una atención "one to one" (una mujer-una matrona), ofreciendo así una asistencia muy personalizada y que se traduce en las encuestas de satisfacción en un porcentaje menor de ansiedad materna en el momento del parto.

Objetivo

Demostrar los mecanismos para conseguir la excelencia sanitaria en la empresa Comatronas que da apoyo logístico al Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

Metodología

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre los datos estadísticos recogidos desde el 1 de enero de 2015 al 1 de enero de 2016 del libro de partos. Se han incluido los indicadores de calidad de la atención directa de la matrona propuesta por Donabedian. Para finalizar, se ha utilizado las encuestas de satisfacción del mismo periodo recogidas para valorar la satisfacción de los clientes en la atención de las matronas en el ámbito hospitalario y en las clases de preparación al parto, tras un año dedicado a dar apoyo logístico al Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

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

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

Resultados

Actualmente, el Hospital Quirón Campo de Gibraltar lleva funcionando desde mayo de 2013, contando con un equipo de siete matronas, que trabajan en la consulta de monitores diaria y atienden el proceso de embarazo, parto y postparto de las mujeres gestantes que se controlan el embarazo en el hospital.

En el Gráfico 1 se muestra el número de partos en valores absolutos por meses, comparando los años 2013-2014 con el año 2015. Se puede observar que la media de partos al mes ha aumentado (Gráfico 2) respecto a los años 2013 y 2014, siendo de 33,8 partos al mes, alcanzando récord de 43 partos en el mes de julio.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las tasas de cesáreas (porcentaje de partos por cesáreas entre el número total de nacidos vivos) sean menores de 10-15%¹, independientemente de la región (Gráfico 3).

El conjunto de evidencias recogidas por las OMS en el ámbito mundial respalda la hipótesis de que cuando la tasa de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15%, los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios¹.

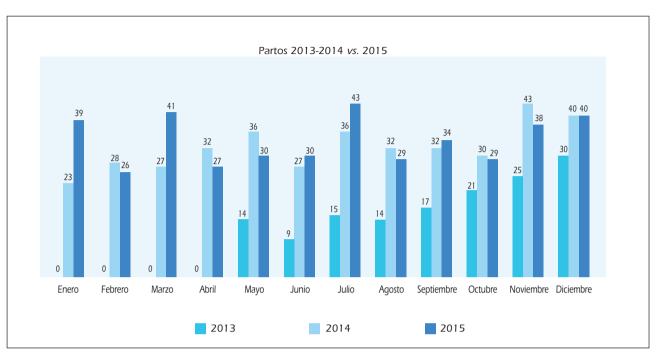


Gráfico 1. Total de partos en 2015

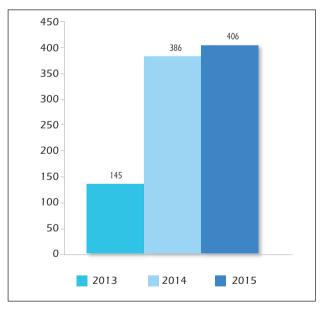


Gráfico 2. Partos 2013-2014 vs. 2015

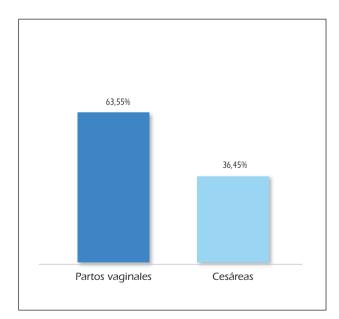


Gráfico 3. Porcentajes de partos *vs.* cesáreas

En el Gráfico 4 se observa una tendencia en alza de cesáreas que llegó a su techo en los meses de febrero, marzo y abril, y que bajó considerablemente en los meses de mayo a diciembre, superando el 15% recomendado por la OMS, aunque el dato fue muy cercano. Según los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en un estudio sobre "Evolución de la Tasa de Cesáreas en los

Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011" publicados en el 2015, en cuando a los datos de cesáreas en Andalucía se observa un 24,19%, los datos del presente artículo van dentro de la media en Andalucía, considerando muy buenos resultados; sin embargo, se debe trabajar para llegar al 15% recomendado por la OMS.

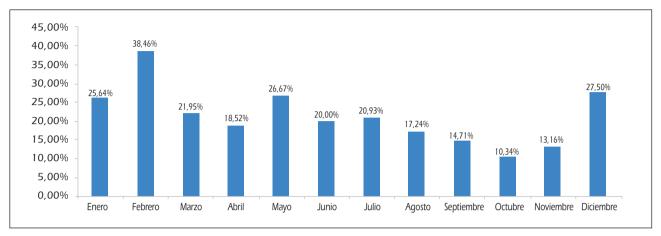


Gráfico 4. Porcentajes cesáreas del 2015 con respecto al 2013-2014

Como se puede apreciar en el Gráfico 5 existe una tendencia alta de partos vaginales con respecto al número de cesáreas, destacando el Hospital Quirón Campo de Gibraltar con respecto a la media de hospitales privados en España, según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2015.

En el Gráfico 6 se observa el aumento de partos eutócicos frente a los partos distócicos y cesáreas, el hospital objeto de este estudio destaca ya que sigue las líneas del parto normal y un reclamo social hacia un parto no intervenido. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad establece dentro de las estrategias del parto normal: incrementar las líneas de atención al parto de baja intervención donde marca como indicador de calidad las inducciones deben ser <50%, ya que la administración de oxitocina para inducciones sin indicación es una práctica no recomendada.

Como se aprecia en el Gráfico 7 existe una disminución del número de inducciones abogando por la libre evolución del parto y así se reduce el número de partos intervenidos, y en consonancia el número de cesáreas, exceptuando el mes de septiembre que se superó el 50%. En el Gráfico 8 se expone un bajo número de inducciones frente a los partos de libre evolución.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad establece dentro de las estrategias del parto normal: promocionar la lactancia materna donde marca como indicador de calidad >75% de madres que realizan lactancia materna en el puerperio inmediato, ya que la lactancia materna es la mejor alternativa nutricional para el recién nacido salvo justificación clínica en la que la contraindique. Se puede observar en el Gráfico 9 que se cumplen en el hospital estudiado los criterios por el ministerio.

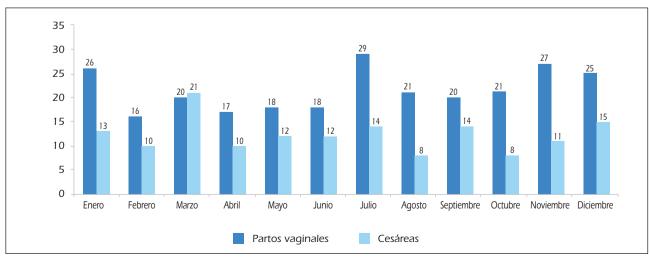


Gráfico 5. Partos vaginales vs. cesáreas

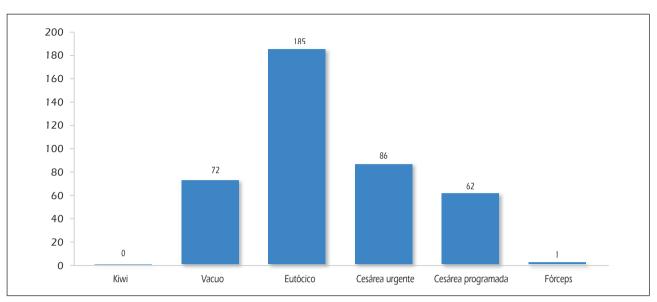


Gráfico 6. Tipos de partos en 2015

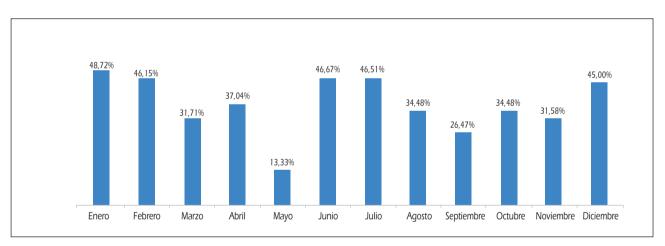


Gráfico 7. Porcentajes de inducciones en 2015

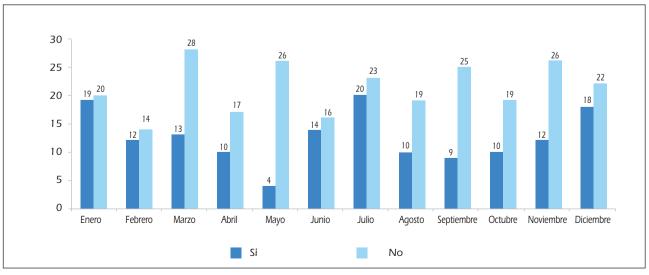


Gráfico 8. Inducciones vs. no inducciones en 2015

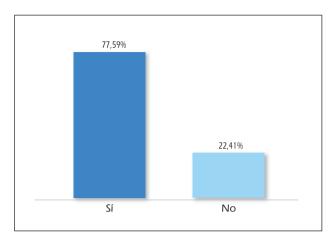


Gráfico 9. Lactancia puerperio inmediato

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad establece que la episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en el territorio español. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y que sí tiene complicaciones a corto y largo plazo. Como se observa en el Gráfico 10 se siguen los parámetros que establece el Ministerio de Sanidad y las estrategias del parto, que debe ser inferior al 15%, y el hospital se sitúa en torno al 7-10%.

El Hospital Quirón Campo de Gibraltar ofrece alternativas a las posturas del parto atendiendo a las decisiones de las mujeres gestantes, respetando sus decisiones y evitando cualquier tipo de riesgo (Gráfico 11). Durante el expulsivo es recomendable que la mujer adopte la posición que espontáneamente elija y le resulte más cómoda. La posición vertical o lateral puede fa-

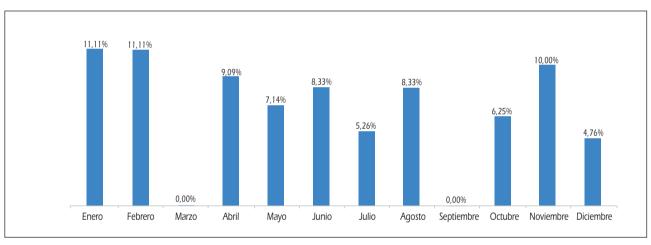


Gráfico 10. Tasa de episiotomía partos eutócicos 2016

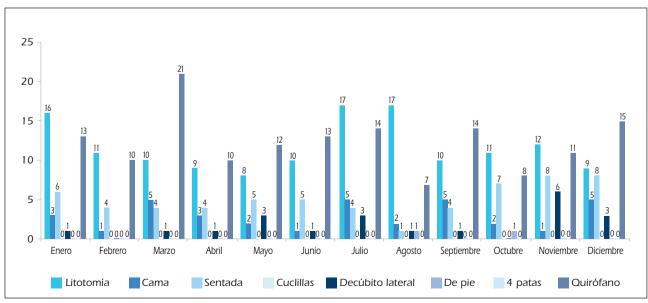


Gráfico 11. Posiciones durante el expulsivo del año 2015

cilitar un acortamiento en la duración del expulsivo, además de una reducción del número de partos asistidos y de episiotomías con respecto a la posición habitual de litotomía, pero aumentan los desgarros de grado II y la pérdida de sangre. La posición no parece afectar al uso de analgesia, cesáreas, necesidad de transfusión o alumbramiento manual.

Discusión y conclusiones

Después de tres años trabajando en el Hospital Quirón Campo de Gibraltar, se puede decir que el trabajo de las matronas ha ido en aumento, puesto que la media de partos al mes ha subido casi tres puntos con respecto al año anterior y existen unos indicadores excelentes de calidad con respecto al trabajo directo de las matronas. Se observa que el trabajo en un hospital privado puede estar dentro de los criterios recomendados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Así como, la atención al parto normal en dichos hospitales por parte de las matronas aumenta también la satisfacción materna y mejora los indicadores de calidad del hospital. La satisfacción de las usuarias demuestra el buen trabajo en equipo y la relevancia de las matronas en el ámbito sanitario privado.

Bibliografía

- Estadísticas Sanitarias Mundiales. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009.
- Proceso de embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía del 2015. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. 2007.
- Guía práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. 2010.
- 4. Información y estadísticas sanitarias 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.
- 5. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2009.
- 6. Sociedad Española de Ginecología. Recomendaciones al sobre asistencia al parto normal. 2010.
- Avdeis D. Diseño y elaboración de indicadores de calidad. Instituto Universitario Universidad Autónoma de Barcelona. 2013.



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.



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



Originales

Consumo periconcepcional de ácido fólico en mujeres puérperas atendidas en el Instituto Materno Perinatal, Lima-Perú 2016

¹ Rocío Mercedes Choy Rojas
 ² Emilio Vega Gonzales

- ¹ Bachiller en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima).
- ² Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima).

E-mail: chio191@hotmail.com

Resumen

El consumo de ácido fólico (AF) es de gran importancia en la etapa periconcepcional por los beneficios que representa para el feto, en especial en la prevención de los defectos del cierre del tubo neural.

Objetivo: describir las características del consumo periconcepcional de ácido fólico en las mujeres puérperas del Instituto Materno Perinatal (INMP), durante el mes de junio de 2016.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo a una muestra formada por 252 mujeres puérperas hospitalizadas en el INMP, a quienes se les realizó una encuesta, la cual fue complementada con datos obtenidos mediante las historias clínicas.

Resultados: el 42,46% de las mujeres puérperas consumió AF en el periodo periconcepcional, y de este grupo el 47,66% y el 43% lo iniciaron en el segundo y tercer mes de gestación, respectivamente. Las dosis de ácido fólico consumidas están en la mayoría de casos dentro de los valores recomendados por el Ministerio de Salud (> 400 mg/día), pero existe un preocupante porcentaje debajo de estos valores, el cual disminuye de un 42,86% antes de la gestación a un 13,08% en el tercer mes de la misma. Los multivitamínicos fueron los suplementos más utilizados, pasando de 71,43% antes del embarazo a 45,79% en el tercer mes de gestación, a medida que aumentaba la preferencia por suplementos exclusivos de ácido fólico o combinados con hierro.

Conclusiones: el consumo periconcepcional de AF es mayor en el segundo y tercer mes de gestación, en su mayoría dentro de las dosis recomendadas por el Ministerio de Salud (> 400 mg/día), y con los multivitamínicos como el suplemento de mayor elección.

Palabras clave: ácido fólico; periodo periconcepcional; suplementos vitamínicos.

Abstract

Folic acid periconceptional use in postpartum women in Instituto Materno Perinatal, Lima-Perú 2016

Folic acid (FA) use is very important in periconceptional time due to the benefit for the fetus, particularly to prevent neural tube closing defects.

Purpose: To describe periconceptional use of folic acid in postpartum women in Instituto Materno Perinatal (INMP), during March 2016.

Methods: a descriptive study in a sample of 252 women admitted to INMP, based on a survey and supported by the evidence from clinical charts.

Results: in 42.46% of postpartum women, FA use was identified in periconceptional time; 47.66% and 43% of them started FA use in second and third gestational months, respectively. Folic acid doses were mostly within the range recommended by the Ministry of Health (> 400 mg/day), although a worryingly low proportion of women used lower doses, with percentage being reduced in 42.86% before pregnancy and to 13.08% in the third month. Multivitamin supplement were the most commonly used forms, with 71.43% before pregnancy and 45.79% in the third gestational month; and an increasing preference was observed for exclusive folic acid or iron-combined supplements.

Conclusions: periconceptional use of FA is higher in second and third gestational months, mostly using doses recommended by Ministry of Health (> 400 mg/day), and multivitamin supplements being the preferred forms.

Key words: folic acid; periconceptional time; vitamin supplements.

Introducción

El papel del ácido fólico en la prevención de los defectos del tubo neural es innegable. Recientes estudios han encontrado otros beneficios del consumo de esta vitamina relacionados con el mantenimiento de la integridad genómica y la metilación del ADN, como el menor riesgo de desarrollar cáncer cerebral infantil¹, y en el caso de la madre, la reducción del riesgo de cáncer en la cavidad oral y faríngea² y el cáncer mamario^{3,4}.

En esta región se recomienda la suplementación a largo plazo para todas las mujeres en edad fértil, especialmente por la gran cantidad de embarazos no deseados. Si se planea el embarazo, la suplementación debe comenzar al menos un mes antes del mismo, y debe continuar hasta el final de la semana 12, estableciendo una dosificación individualizada en función del riesgo 5 . Esta protección se ha observado con dosis de 360 a 800 µg/día, además de una ingesta de folato en la dieta de 200 a 300 µg/día, pero se ha vuelto común que las mujeres gestantes, en su mayoría sin prescripción médica, consuman cantidades hasta 20 veces mayores de las recomendadas 6 .

Debido a su biodispinibilidad limitada, 1 μg de folato natural de la dieta equivale a $2\mu g$ de AF de suplementos vitamínicos y a 1,7 μg de AF de alimentos fortificados o de suplementos ingeridos junto con las comidas⁷. Por ello, la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico, alternativa sugerida como una estrategia de suplementación, no ha demostrado una disminución en el número de casos de defectos del tubo neural, a menos que esta alcance los niveles recomendados por la OMS: 2,6 $m g/k g^{8,9}$.

Objetivo

Describir las características del consumo periconcepcional de ácido fólico en las mujeres puérperas del Instituto Materno Perinatal (INMP), durante el mes de junio de 2016.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por las 252 mujeres puérperas hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima) durante el mes de junio de 2016. La muestra estuvo formada por las 107 mujeres que consumieron ácido fólico durante el periodo periconcepcional, a quienes se les aplicó una encuesta validada mediante juicio de expertos.

Los datos fueron tabulados en el programa SPSS versión 22, y se analizaron mediante tablas y gráficos apropiados.

Resultados

En el Gráfico 1 se aprecia que de las 252 mujeres encuestadas, el 42,46% (107 mujeres) consumió ácido fólico en

el periodo periconcepcional, mientras que el 57,54% no lo consumió.

En el Gráfico 2 se observa que del total de las que consumieron ácido fólico en el periodo periconcepcional, la mayoría (47,66%) inició el consumo en el segundo mes de embarazo, seguido del 43% que inició el consumo en el tercer mes, mientras que solo el 2,8% (tres casos) lo consumió a partir del primer mes. Solo una mujer lo consumió más de tres meses antes del embarazo, el 3,74% (cuatro casos) desde un mes antes y el 1,87% (dos casos) desde menos de un mes antes del embarazo, resultando en total que el 6,54% lo consumió desde antes del embarazo.

Las mujeres gestantes que participaron en el estudio consumieron diferentes dosis de ácido fólico durante todo el periodo periconcepcional, tal como se aprecia en el Gráfico 3. Antes del embarazo, el 42,86% de las mujeres puérperas que consumió ácido fólico refirió usar dosis menores a los 400 μg/día. Ese mismo porcentaje refirió haber consumido ácido fólico en dosis de 400 a 500 µg/día. En el caso de las mujeres puérperas que consumieron ácido fólico en el primer mes de embarazo, el 50% lo hizo en dosis entre los 400 a 500 µg/día, mientras que el 30% lo llevó a cabo en dosis menores a 400 ug/día. Con respecto al segundo y tercer mes de embarazo, las mujeres consumieron en su mayoría dosis entre 500 μg/día y 1.000 μg/día, el 42,62% en el segundo mes y el 47,66% en el tercer mes; seguido de las dosis de 400 a 500 μg/día. A pesar de la información que debió ser proporcionada por el profesional de salud en su primer control prenatal, el 18,03% de las mujeres puérperas que inició el consumo de ácido fólico en el segundo mes y el 13,08% que lo hizo en el tercer mes, consumieron dosis menores a los 400 µg/día.

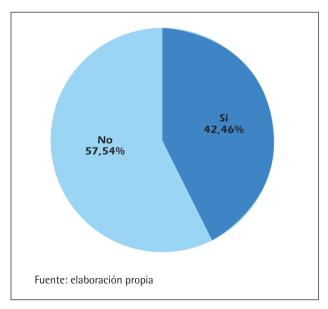


Gráfico 1. Consumo periconcepcional de suplementos de ácido fólico en mujeres puérperas del INMP, junio 2016

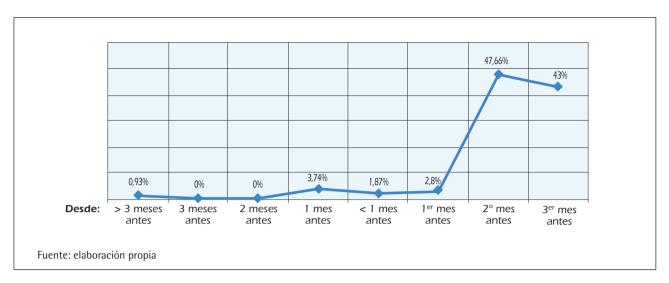


Gráfico 2. Inicio del consumo de los suplementos de ácido fólico en el periodo periconcepcional, mujeres puérperas del INMP, junio, 2016

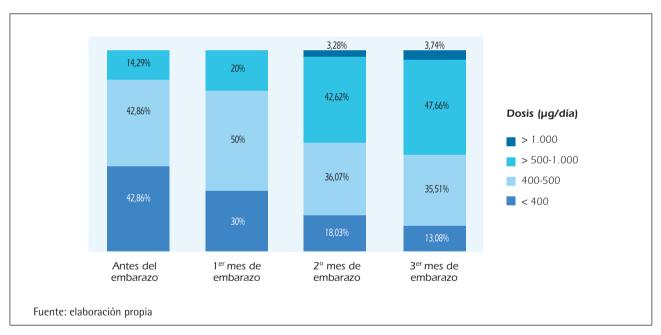


Gráfico 3. Dosis consumida de suplementos de ácido fólico en el periodo periconcepcional, mujeres puérperas del INMP, junio, 2016

Los diferentes tipos de suplementos de ácido fólico consumidos por las mujeres gestantes durante el periodo periconcepcional se muestran en la Tabla 1. El multivitamínico fue el suplemento con ácido fólico más consumido antes del embarazo con un 71,43% y en el primer mes de gestación con un 60%, siendo la presentación con ácido fólico solo la consumida por el porcentaje restante. Con respecto al segundo y tercer mes de embarazo, si bien la mayoría inició

el consumo de ácido fólico con un multivitamínico, con el 44,26% en el segundo mes y el 45,79% en el tercer mes; el consumo de la presentación de ácido fólico + hierro, el 21,31% en el segundo mes y el 20,56% en el tercer mes, desplazó a la presentación con ácido fólico solo. En el segundo y tercer mes de gestación también existe un pequeño grupo de mujeres puérperas (≈16%) que refiere haber ingerido más de un suplemento de ácido fólico.

Tabla 1. Tipos de suplementos de ácido fólico consumidos en el periodo periconcepcional, mujeres puérperas del INMP, junio 2016

Tipo de suplemento	Antes del embarazo		1 ^{er} mes de embarazo		2º mes de embarazo		3 ^{er} mes de embarazo	
	fa	fr (%)	fa	fr (%)	fa	fr (%)	fa	fr (%)
1 multivitamínico	5	71,43	6	60,0	27	44,26	49	45,79
AF * solo	2	28,57	4	40,0	11	18,03	18	16,82
AF * + hierro	0	0	0	0	13	21,31	22	20,56
> 1 suplemento **	0	0	0	0	10	16,39	18	16,82
Total	7	100	10	100	61	100	107	100

^{*} Ácido fólico

Fuente: elaboración propia

Discusión y conclusiones

Los resultados evidencian que solo el 42,46% de las encuestadas consumió ácido fólico en el periodo periconcepcional (incluyéndose solo a las que lo hicieron diariamente y de forma ininterrumpida). Además, entre estas mujeres, casi todas lo consumieron a partir del segundo y tercer mes de embarazo (el 47,66% y 43%, respectivamente), cuando debía iniciarse desde antes del embarazo (para proveer al cuerpo de las reservas suficientes) o al menos desde el primer mes del mismo (periodo en el que se lleva a cabo la formación del tubo neural). En otros países en cambio, se encontraron mayores consumos. En Francia, Tort et al. 10 encontraron entre un grupo de mujeres puérperas que habían consumido ácido fólico en el reciente embarazo, que el 14,8% lo había hecho desde antes del embarazo y el 11,7% a partir del primer mes, mientras que en España, Blas et al.¹¹ hallaron que el 48% de un grupo de mujeres gestantes había consumido ácido fólico en el periodo preconcepcional. La diferencia fue aún mayor en Canadá, según el estudio de Nelson et al.¹² en 2012, el 51,93% de mujeres puérperas había consumido ácido fólico diariamente antes del embarazo, y el 82,43% en el primer trimestre; mientras que en el presente estudio, los porcentajes en relación al total de encuestadas fueron de 2,78% y 39,68%, respectivamente.

La cantidad de dosis ingerida por las mujeres gestantes durante el periodo periconcepcional, así como los tipos de suplementos, presenta un preocupante porcentaje debajo de los valores recomendados por la OMS. Esto puede deberse en gran medida a la falta de control por parte del profesional de salud y a la automedicación que realiza la mujer gestante

en muchos casos. Las dosis excesivas, superiores a los 1.000 $\mu g/d$ ía, fueron menos frecuentes pero deben ser evaluadas, considerando que algunos estudios recientes evidencian una probable relación entre el exceso de ingesta de ácido fólico y el riesgo de cáncer materno¹³. El Instituto de Medicina de Estados Unidos estableció que las mujeres adultas debían consumir una dosis máxima de ácido fólico de 1.000 $\mu g/d$ ía, ya que dosis mayores podrían enmascarar la deficiencia de vitamina B₁₂ y provocar daños neurológicos irreversibles¹⁴. En función a estas evidencias, es necesario que la ingesta de ácido fólico sea la más baja efectiva y a la dosis más segura.

Respecto a los resultados obtenidos, se concluye que entre la población de mujeres gestantes que acuden al Instituto Materno Perinatal, el consumo de ácido fólico periconcepcional no cumple aún con los estándares establecidos por la OMS. Este panorama debe ser motivo para plantear nuevas estrategias que contribuyan a incrementar la información a las mujeres en general acerca de los beneficios del ácido fólico, las dosis apropiadas, los tipos de suplemento y el momento en el cual pueden consumirlo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

^{**} Más de un suplemento vitamínico a la vez

Bibliografía

- 1. Greenop KR, Miller M, de Klerk NH, Scott RJ, Attia J, Ashton LJ, et al. Maternal dietary intake of folate and vitamins B6 and B12 during pregnancy and risk of childhood brain tumors. Nutrition and cancer. 2014; 66(5):800-9.
- Galeone C, Edefonti V, Parpinel M, Leoncini E, Matsuo K, Talamini R, et al. Folate intake and the risk of oral cavity and pharyngeal cancer: a pooled analysis within the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. International Journal of Cancer. 2015; 136(4):904-14.
- De Batlle J, Ferrari P, Chajes V, Park JY, Slimani N, McKenzie F, et al. Dietary folate intake and breast cancer risk: European prospective investigation into cancer and nutrition. Journal of the National Cancer Institute. 2015; 107(1):367.
- Chen P, Li C, Li X, Li J, Chu R, Wang H. Higher dietary folate intake reduces the breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Cancer. 2014; 110(9):2327-38.
- 5. Dolezalkova E, Unzeitig V. [Folic acid and prevention of the neural tube defects]. Ceska gynekologie. 2014; 79(2):134-9.
- Martinez-Frías ML. [Folic acid dose in the prevention of congenital defects]. Medicina clinica. 2007; 128(16):609-16.
- Food an Nutrition Board IoM. Dietary reference intakes: Thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, panthotenic acid, biotin and choline. Washington DC; 1998. p. 196-305.
- 8. Ricks DJ, Rees CA, Osborn KA, Crookston BT, Leaver K, Merrill SB, et al. Peru's national folic acid fortification program and

- its effect on neural tube defects in Lima. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2012; 32(6):391-8.
- 9. Castillo-Lancellotti C, Tur JA, Uauy R. Impact of folic acid fortification of flour on neural tube defects: a systematic review. Public health nutrition. 2013; 16(5):901-11.
- 10. Tort J, Lelong N, Prunet C, Khoshnood B, Blondel B. Maternal and health care determinants of preconceptional use of folic acid supplementation in France: results from the 2010 National Perinatal Survey. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2013; 120(13):1661-7.
- Blas M, Hernández E, García M, Montero R, Olivares C, Valtierra A. Factores que influyen en el consumo de ácido fólico preconcepcional en el País Vasco. Matronas Profesión. 2011; 12(2):33-40.
- 12. Nelson CR, Leon JA, Evans J. The relationship between awareness and supplementation: which Canadian women know about folic acid and how does that translate into use? Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 2014; 105(1):e40-6.
- 13. Wien TN, Pike E, Wisloff T, Staff A, Smeland S, Klemp M. Cancer risk with folic acid supplements: a systematic review and meta-analysis. BMJ open. 2012; 2(1):e000653.
- Selhub J, Morris MS, Jacques PF, Rosenberg IH. Folate-vitamin B-12 interaction in relation to cognitive impairment, anemia, and biochemical indicators of vitamin B-12 deficiency. The American Journal of Clinical Nutrition. 2009; 89(2):702S-6S.

María Isabel Fernández Aranda

Evaluación de *apps* sanitarias para las mujeres gestantes de Atención Primaria en la consulta de la matrona

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

Antecedentes: las *apps* sanitarias se han convertido en una potente herramienta para las mujeres gestantes y los profesionales sanitarios, en el ámbito de la enfermería en general y la obstetricia en particular, para tener acceso a información científica basada en la evidencia. En la actualidad la matrona de Atención Primaria no dispone de herramientas que le permitan verificar la calidad e idoneidad de estas aplicaciones en caso que decida recomendar su utilización a la mujer gestante dentro del proceso de seguimiento del embarazo.

Objetivo: evaluar y obtener un *ranking* de calidad de las cinco mejores aplicaciones móviles orientadas a las mujeres gestantes para que puedan ser recomendadas por los profesionales sanitarios.

Método: se ha realizado una búsqueda bibliográfica para identificar trabajos que contengan o analicen metodologías de clasificación a aplicar a las *apps* de tema obstétrico publicados entre los años 2000 y 2015. Aplicando la metodología seleccionada se extrajeron las cinco *apps* con mejor puntuación dedicadas expresamente a las mujeres embarazadas.

Resultados: se seleccionó la metodología MARS para la clasificación de aplicaciones móviles. En total se encontraron 76 apps aptas para el estudio y de ellas las cinco específicas para las mujeres embarazadas con mayor puntuación. El 50% de ellas (38) puntuaron por encima del percentil 50 y tan solo un 10,5% (8) por encima del percentil 90.

Conclusiones: las cinco *apps* obtenidas presentan una calidad media-alta, aunque dado el carácter cambiante y caótico de internet es necesario realizar evaluaciones temporales de las aplicaciones para vigilar continuamente el cumplimiento de los criterios de calidad.

Palabras clave: aplicaciones móviles; mejoramiento de la calidad; cuestionarios; métodos.

Abstract

Assessment of health apps for pregnant women in primary care in midwifery

Background: health apps have become a powerful tool for pregnant women and healthcare workers, in general nursing and particularly in obstetrics, in order to get access to scientific evidence-based information. Currently, primary care midwives do not have tools to check the quality and suitability or such apps to decide whether they should be recommended for pregnant women in the pregnancy follow-up process.

Purpose: to assess and create a quality rank for the best five apps targeted to pregnant women, so that they can be recommended by healthcare workers.

Methods: a literature search was carried out to find works including or discussing classifying methods for apps on obstetric topics, issued from 2000 to 2015. Using the selected methods, the five best apps with a highest score among those specifically targeted to pregnant women sere selected.

Results: MARS method was selected to classify apps. Seventy-seven apps eligible for the study were found, and the ones with a highest score specifically targeted to pregnant women were selected. About 50% (38) showed a score higher than percentile 50 and only 10,5% (8) were higher than percentile 90.

Conclusions: all five apps selected had a medium-high quality; however, due to the chaotically changing course of Internet, regular assessments for apps should be carried out to monitor the quality criteria.

Key words: apps; quality improvement; questionnaires; methods.

Introducción

En la mayor parte de los casos, los usuarios de las *apps* de salud para dispositivos móviles desconocen la utilidad real de una aplicación de este tipo hasta que la descargan en su terminal y se enfrentan a su uso. Por ello, cada vez es más difícil para usuarios y profesionales sanitarios identificar claramente las aplicaciones con mayor calidad o que simplemente se adecuan mejor a sus necesidades¹.

No existe mucha más información sobre la calidad de las apps más allá de las evaluaciones realizadas por las tiendas Google Play² o iTunes³ en función a su popularidad y las revisiones de aplicaciones realizadas de forma subjetiva por revistas más o menos especializadas. Actualmente no existen indicadores de calidad globalmente aceptados para evaluar una app sanitaria. Se han llevado a cabo iniciativas localizadas con distintos criterios que intentan ayudar a los usuarios a evaluar su calidad antes de descargarla y abonarla (en el caso de que sea de pago). Existen pocas fuentes donde se puede consultar esta información y su origen puede ser comercial o estar basado en su popularidad lo que no tiene que estar necesariamente relacionado con su utilidad o calidad de sus contenidos.

El entorno competitivo que rodea el desarrollo de las aplicaciones móviles sanitarias hace que la urgencia provoque la relajación de los controles de calidad. Así se pueden encontrar *apps* con debilidades relacionadas con funcionalidades no ajustadas a la mujer gestante, cálculos erróneos, informaciones incompletas y/o erróneas o falsos negativos. La seguridad en este entorno no solo se focaliza en evitar daños físicos para la mujer embarazada y el feto, sino que también cobra especial relevancia la salvaguarda de la integridad y confidencialidad de la información personal de la mujer gestante. Por todo esto, es necesario disponer de metodologías que cuantifiquen la seguridad, calidad y veracidad que ofrece una determinada *app* sanitaria y clasificaciones acordes a estas.

En cuanto al análisis del impacto y la eficiencia del uso de *apps* móviles en el campo de la salud, existen pocos estudios que lo cuantifiquen aunque los existentes⁴ concluyen que: el número de aplicaciones y su diversificación va de la mano del desarrollo de los *smartphone*, las aplicaciones que tienen un mayor éxito son aquellas que van dirigidas a la prevención y promoción de hábitos saludables en los usuarios y tanto las administraciones públicas como el sector privado tienen un interés creciente por el desarrollo de la *mHealth*.

Estudios como el de Farag et al. (2014) ⁵ ponen en evidencia que menos del 15% de las *apps* con posibilidades de ser utilizadas por ginecólogos y matronas son útiles realmente, por lo que es necesario disponer de metodologías para su análisis y evaluación. La popularidad de estas aplicaciones entre las mujeres gestantes hace necesario considerar su uso como un elemento más dentro de los cuidados que se

ofertan a la mujer⁶. El objetivo de este estudio será, por tanto, realizar una evaluación de calidad de las principales *apps* disponibles actualmente que contengan información sanitaria obstétrica relacionada con los procesos de embarazo, parto y puerperio. El objetivo secundario será crear un listado de las cinco mejores *apps* para recomendar a la mujer gestante para que esta pueda gestionar o consultar información sobre su embarazo con la tranquilidad de que los recursos a los que accede han sido verificados por personal sanitario cualificado. Se pretende de esta forma personalizar la atención sanitaria ayudando a la toma de decisiones para que estas sean mejores con el fin de mejorar la calidad de vida y optimizar recursos sanitarios.

Material y método

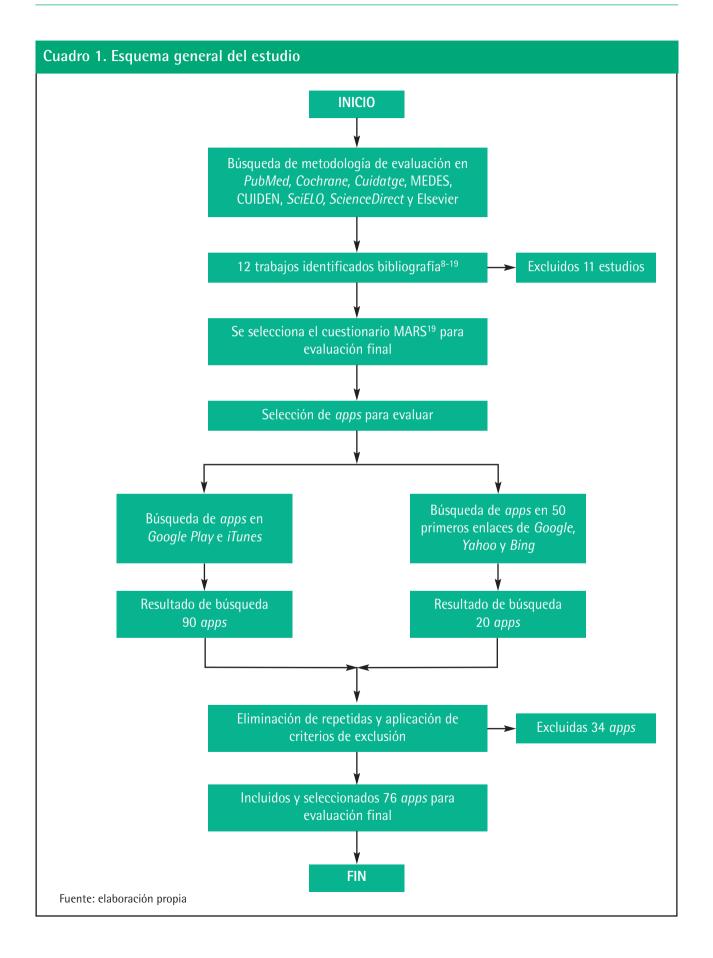
Se realizó un estudio de las metodologías existentes para evaluación de *apps* y posteriormente de las aplicaciones disponibles en el mercado con información obstétrica, recogiendo y analizando los datos entre los meses de agosto y diciembre de 2015. Para realizar la clasificación objetivo del estudio se analizaron las diversas metodologías existentes en la bibliografía sanitaria para evaluar las *apps* con información obstétrico-ginecológica, haciendo hincapié en los criterios de calidad. El diagrama de flujo del proceso se representa en la Cuadro 1.

Selección de la metodología usada para evaluar las apps obstétricas

Para identificar la metodología a emplear para realizar la clasificación de las apps se siguieron las recomendaciones del estándar PRISMA7. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos bibliográficas secundarias: PubMed, Cochrane (en inglés y español), Cuidatge, MEDES y CUIDEN que contengan artículos, informes o presentaciones de congresos relacionadas con criterios para escalas de calidad de apps sanitarias o páginas web. El periodo temporal abarcado se limita al comprendido entre los años 2000 y 2015. En una primera fase se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: "app", "mHealth", "calidad", "criterio" y "evaluación" y sus equivalentes en inglés para las bases de datos americanas/inglesas. En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores, para concretar las publicaciones en términos de tecnologías de la información. 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.

Identificación de *apps* obstétricas para su evaluación

Para encontrar las aplicaciones móviles objeto de análisis y



clasificación se realizó una búsqueda sistemática en la tienda de *Apple iTunes* y *Google Play* con fecha de agosto de 2015. Los términos utilizados para la búsqueda de estas aplicaciones fueron: "embarazo", "gestantes", "fitness embarazo", "nutrición embarazo", y "cuidados embarazo" tratando así de obtener una variada lista que incluyera todos los aspectos del trabajo de la matrona. Los criterios de inclusión aplicados fueron: que estuviera en español y/o inglés, no tuviera coste económico, tuviera contenido obstétrico y estuviera incluida en las categorías de "Medicina", "Salud y bienestar", "Estilo de Vida" y "Nutrición". Se encontraron 90 apps válidas para el estudio.

A continuación se realizó una búsqueda en internet introduciendo en los buscadores Google, Yahoo y Bing los términos "apps para embarazo", "apps embarazo nutrición dieta" y "apps embarazo en forma". Se analizaron los 50 primeros enlaces y las páginas web a las que se dirigen fueron revisadas para encontrar referencias a apps móviles no contenidas en Apple iTunes o Google Play. El hecho de optar por esta doble metodología responde a que pueden existir aplicaciones fuera del circuito comercial de Apple y Google, pero que sean de interés para mujeres gestantes y matronas por su temática o importancia social, es importante tener estas dos visiones para obtener un resultado lo más homogéneo posible. Tras eliminar resultados duplicados, inexistentes o de nula calidad quedaron 76 apps seleccionadas que fueron testadas por dos matronas con experiencia contrastada en el uso de aplicaciones móviles y más de siete años de experiencia laboral en diversos hospitales y centros de primaria de Andalucía. Sus características técnicas, ergonómicas y funcionales fueron analizadas por un ingeniero con dos años de experiencia en el diseño e implementación de apps.

Resultados

Selección de la metodología para la clasificación

El desarrollo de metodologías de evaluación de apps móviles sanitarias a menudo se han basado en principios propios del análisis de contenidos de páginas web, obviando también que los criterios válidos para una especialidad sanitaria puede que no lo sean tanto para otra. Se ha encontrado que autores como Handel⁸, Kim⁹ y Khoja et al.¹⁰ desarrollan métodos de evaluación que cubren aspectos importantes de la calidad, como son los contenidos, su apariencia y capacidades multimedia, la facilidad para navegar en sus menús y su estructura y diseño, pero o bien desarrollan cuestionarios de evaluación demasiados extensos y complicados, se olvidan de aspectos subjetivos y no racionales u omiten criterios de valoración de los aspectos estéticos. Handel⁸ utiliza distintos criterios para revisar 35 apps de salud y bienestar basados en la facilidad de uso, fiabilidad, calidad, alcance de la información y estética, con valoraciones directas de los usuarios. También Khoja et al.¹⁰ describe el desarrollo de una matriz de criterios de evaluación dividida en siete temas para cada una de las cuatro etapas del ciclo de vida de una aplicación: el desarrollo, la implementación, la integración y el funcionamiento. Este método proporciona criterios generales para analizar la calidad de la aplicación pero es complejo y requiere mucho tiempo de análisis.

Distintas instituciones sanitarias y empresas externas han desarrollado guías de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de *apps* de salud presentando indicadores que valoran cada aplicación en varias dimensiones (confiabilidad, utilidad, interés, seguridad, etc.). Organizaciones como la FDA americana¹¹, el NSH inglés¹², la Junta de Andalucía¹³, Happtiqque¹⁴, Medappcare¹⁵, iMedical*apps*¹⁶, appcheck¹⁷ o la fundación iSyscore¹⁸ disponen también de bases de datos individualizadas donde especifican las *apps* que han validado y sus características, aunque utilizando metodologías y criterios de evaluación diferentes.

En el caso del *Mobile App Rating Scale* (MARS) de Hides et al. ¹⁹ se identifican cinco categorías de criterios definidas como: interactividad, funcionalidad, estética, calidad de la información y aspectos subjetivos. Este cuestionario proporciona una herramienta de clasificación aceptable en forma de *checklist* y contiene 23 ítems con una excelente consistencia interna (alfa= 0,90) y fiabilidad (CCI= 0,79). Para la presente evaluación se utilizará esta herramienta, pero añadiendo una nueva categoría denominada "Idoneidad obstétrica" donde se calificará la calidad del contenido, la veracidad de la información incluida y su adecuación al proceso de atención obstétrico.

Clasificación de apps obstétricas

Al total de *apps* contenidas en los directorios de *Google apps* o *iTunes* se aplicaron los criterios de inclusión definidos en el apartado de Métodos, encontrando 90 aplicaciones válidas en la categoría general de salud y bienestar. De ellas se seleccionaron las 76 *apps* mejor posicionadas en cuanto a criterios propios del buscador a las que se les aplicó el test diseñado. Los resultados ofrecieron para un valor máximo posible de puntuación de 5 una media de 2,905 puntos (máximo 4,402 y mínimo 2,241). 19 de las *apps* analizadas (25%) están por encima del percentil 75 y 38 (50%) por encima del percentil 50. En el caso de las aplicaciones con mejores puntuaciones las cinco seleccionadas están por encima del percentil 90.

Se ha encontrado que las *apps* analizadas se pueden clasificar en cinco subcategorías que coinciden con algunas de las fases del proceso asistencial que se presta a la mujer embarazada, estas son: "Seguimiento del embarazo" con 23 *apps* (30,2%), "Contracepción y calendarios de ovulación" con 22 *apps* (28,9%), "Dieta y nutrición" con ocho *apps*

MATRONAS HOY • Vol. 5 - n° 1 abril-agosto 2017

(10,5%), "Mantenerse en forma" también con ocho aplicaciones (10,5%) y "Otras" con 15 (19,6%) (Gráfico 1). Las cuatro subcategorías primeras tendrían cabida en el proceso de asistencia que realiza la matrona, las contenidas en el epígrafe de "Otras" se centran en facilitar nombres de bebé, listas de nacimiento, música para el bebé y medidores de contracciones, todas ellas no aportan demasiado valor en el aspecto sanitario. Los resultados de la valoración se muestran en las Tablas 1 y 2.

Las puntuaciones globales obtenidas oscilaron entre un máximo de 4,402 puntos (sobre 5) y un mínimo de 2,241 puntos, estando la mediana en 2,62 puntos. 60 de las *apps* (78,3%) son fáciles de leer con tamaños de letra y colores adecuados y 45 aplicaciones (59,2%) utilizan un lenguaje adecuado a los usuarios. Solo seis de ellas (7,89%) disponen de accesibilidad para personas con discapacidades y dificultades de aprendizaje. Los factores relacionados con la accesibilidad son en general correctos, con diseños confortables para la consulta de las pantallas.

Discusión

Se ha desarrollado una clasificación que ofrece a matronas, médicos de AP y ginecólogos un listado de las cinco mejores aplicaciones obstétricas existentes en el mercado siguiendo parámetros multidimensionales, pero centrados en la calidad, funcionalidad y veracidad de la información que se consulta. El trabajo realizado se ha basado en el análisis del contenido, posicionamiento y calidad de las *apps* en función de su utilidad

Tabla 1. Apps con mejores resultados en las categorías de: seguimiento del embarazo, contracepción, dieta y nutrición, mantenerse en forma, consulta de fármacos y puerperio

Seguimiento del embarazo
Mi embarazo día a día
Embarazo +
Seguidor de embarazo
Mi embarazo al día
Babybump embarazo
Mantenerse en forma
Ejercicios para embarazadas
Mamás en forma
Dieta y nutrición
Alimentos en el embarazo
Nutrición durante el embarazo
Consulta de fármacos en el embarazo
Guía Farmacológica del 061
EmbaMed
Puerperio y atención del bebe
Mi bebé día a día
Contracepción y calendarios de ovulación
Calendario menstrual
Lady pill reminder

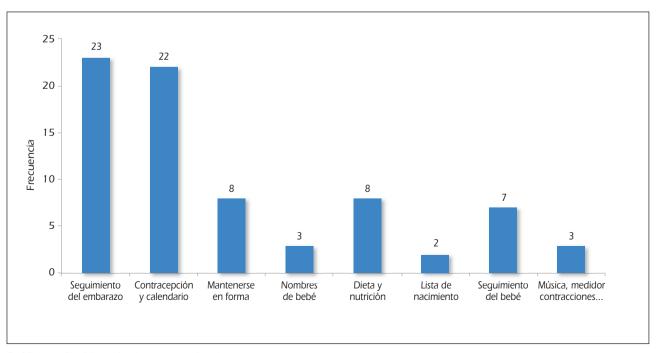


Gráfico 1. Clasificación de apps según el proceso

	Compromiso	Funcionalidad	Estética	Información	Subjetivo	ldoneidad	TOTALES
Calendario menstrual	4,30	4,50	4,83	4,33	4,25	4,20	4,402
Mi embarazo día a día	4,63	4,33	4,58	3,88	4,29	3,86	4,262
Embarazo +	4,50	3,83	4,42	4,13	4,29	3,86	4,172
Seguidor de embarazo	4,75	4,83	3,46	3,50	4,31	3,88	4,122
Lady Pill Reminder	3,90	4,50	4,32	3,75	4,30	3,87	4,107
Mi embarazo al día	4,60	4,75	3,83	4,60	3,25	2,93	3,993
babybump embarazo	3,90	4,75	4,67	4,30	3,00	2,70	3,887
Mi bebé día a día	4,63	4,17	3,83	2,38	3,98	3,58	3,762
Estoy embarazada	3,85	3,00	4,25	3,83	4,00	3,60	3,755
OvuView	3,62	2,10	4,38	3,50	4,38	3,94	3,654
Calendario WomanLog	3,90	4,25	4,00	3,75	3,00	2,70	3,600
iContraception	3,77	3,90	3,00	4,00	3,58	3,22	3,579
Fertility friend tracker	2,80	4,75	3,67	4,20	3,13	2,82	3,561
Woman Calendar/Feminap	4,20	3,50	4,17	3,75	3,00	2,70	3,553
El embarazo semana a semana	3,90	4,38	4,33	3,23	2,75	2,48	3,511
Periodo Menstrual - Calendario	3,59	2,90	4,38	4,33	2,70	2,43	3,388
Ejercicios para embarazadas	1,88	3,54	2,60	4,38	4,17	3,75	3,387
Asistente de embarazo	4,08	3,13	3,37	3,00	3,50	3,15	3,372
Lovecycles calendario	3,60	2,25	3,36	2,20	4,63	4,17	3,368
Guía Farmacológica del 061	3,41	2,76	4,16	4,11	2,57	2,31	3,219
Gestograma de embarazo	3,80	1,50	3,43	3,10	3,88	3,49	3,200
Calendario ovulación y periodo	2,00	3,58	2,20	4,50	3,50	3,15	3,155
Gestavida embarazo	3,24	2,62	3,95	3,91	2,44	2,19	3,058
iMamá • Embarazo & Fertilidad	3,40	2,38	3,39	2,70	3,38	3,04	3,049
Embarazo semana a semana	2,25	3,44	2,90	4,00	3,00	2,70	3,048
Alimentos en el embarazo	1,63	3,44	2,00	4,38	3,17	2,85	2,912
EmbaMed	1,50	4,50	3,00	3,80	2,38	2,14	2,887
Gestograma CONAMED 1.0	3,13	4,17	2,80	1,38	2,92	2,63	2,838
Nutrición durante el embarazo	1,60	4,63	3,67	3,30	1,75	1,58	2,754
Mi embarazo	1,43	4,28	2,85	3,61	2,26	2,03	2,743
El nombre de mi bebé	2,70	4,00	2,67	3,00	2,13	1,92	2,736
Mónica Compras embarazada	3,75	3,33	2,48	1,25	2,87	2,58	2,711
Mamás en forma	2,40	3,63	3,17	3,25	2,00	1,80	2,708
Bebé a Bordo - Bezoya	2,97	3,96	2,66	1,31	2,77	2,50	2,696
Mi ovulación	3,30	3,38	3,17	3,17	1,63	1,47	2,686
Sanitas Embarazo	3,63	2,83	2,98	1,25	2,84	2,56	2,681
Disfruta tu embarazo (ISDIN)	2,30	3,38	3,33	3,70	1,75	1,58	2,673
Mi Bebé - Diario del mamá	3,25	2,67	2,37	2,13	2,80	2,52	2,623
Calculadora de embarazo	1,52	4,40	3,49	3,14	1,66	1,50	2,616
Música para el embarazo	3,25	3,00	2,83	1,25	2,82	2,54	2,615

Tabla 2. Resultados de las 50 primeras apps evaluadas (continuación)									
	Compromiso	Funcionalidad	Estética	Información	Subjetivo	Idoneidad	TOTALES		
Soporte Nutricional	1,60	4,13	3,50	3,58	1,50	1,35	2,610		
Quedarse Embarazada	2,30	3,75	4,50	2,00	1,63	1,47	2,608		
Babynexo	2,40	3,75	2,83	3,55	1,63	1,47	2,605		
Diet Calories Vitamins Counter	3,88	3,33	1,85	1,50	2,66	2,39	2,602		
Bárbara: compras embarazada	2,57	3,80	2,54	2,85	2,02	1,82	2,599		
Pregnant Princess Yoga	2,10	3,88	2,83	3,20	1,88	1,69	2,597		
Guia Embarazo	4,38	2,00	2,70	1,38	2,67	2,40	2,589		
Crecer Feliz Guía Del Bebé	4,00	2,83	1,67	1,75	2,75	2,48	2,579		
Embarazo Saludable	3,56	3,16	2,36	1,19	2,73	2,45	2,575		
Nutrition In Pregnancy	1,80	4,38	3,17	3,00	1,63	1,47	2,575		

para la mujer gestante, no encontrándose estudios anteriores sobre el tema específicos de obstetricia.

Para recomendar estas aplicaciones previamente ha sido necesario clasificarlas en función de la utilidad que tendrá para cada etapa del proceso en la que se encuentre la mujer gestante (embarazo, parto o puerperio), así se han catalogado en cinco subcategorías, las cuatro primeras; "Seguimiento del embarazo", "Contracepción y calendarios de ovulación", "Dieta y nutrición", "Mantenerse en forma" están enfocadas a la asistencia que la matrona debe dar a la mujer gestante antes y durante el embarazo, la última denominada "Otras" incluye algunas *apps* muy útiles como la referida al uso de medicinas durante el embarazo o el medidor de contracciones. Las cinco primeras aplicaciones móviles obtenidas pertenecen a la primera subcategoría.

El ordenamiento obtenido muestra una correlación moderada con las primeras *apps* valoradas en las tiendas de *Google Play* o *iTunes* lo que inclina a pensar que en los almacenes de aplicaciones las metodologías de valoración son poco rigurosas y están enormemente influenciadas por factores subjetivos como la popularidad de estas herramientas.

Algunas de *apps* analizadas, aun siendo de calidad aceptable, son complicadas de entender para que mujeres gestantes sin cualificación suficiente puedan utilizarlas sin necesidad de ayuda o entiendan adecuadamente la información que obtienen. Otras, aunque con resultados más modestos y fuera de los primeros puestos del *ranking*, se enfocan directamente a ser útiles a las mujeres embarazadas proporcionando datos y servicios adicionales alejados de los objetivos de salud, pero aún así útiles para el día a día.

El origen de los documentos que ofrecen, su fecha de actualización y la política editorial necesitan ser mejorados,

pues aunque los conceptos básicos sanitarios sobre el embarazo, parto y puerperio son fácilmente localizables y la información coherente y muy definida, continuamente aparecen avances científicos que al ser publicados deben de ser fechados e identificados por personal cualificado. Saber por qué se ha incluido esta información y no otra o por qué y en función a qué criterios se enlaza con este u otro servicio es una información básica que no se ofrece como debiera.

Se ha detectado que la disponibilidad de foro o grupo de *Whatsapp* es un hecho relevante y podría ser un elemento que convenientemente potenciado y gestionado por un profesional cualificado facilitaría la intercomunicación rápida y eficaz entre la mujer gestante y la matrona, lo cual sería un factor diferencial para la elección de la *app*.

Dada la multitud de facetas que presenta o están implicadas en los procesos de concepción, embarazo, seguimiento del embarazo, parto y puerperio y la gran cantidad de *apps* asociadas a cada uno de ellos es necesario que la matrona, como profesional de referencia se implique en el análisis de las *apps* sanitarias obstétricas para poder recomendarlas/prescribirlas correctamente y con fundamentos profesionales.

Limitaciones

Como limitaciones se puede indicar que no se han tenido en cuenta aspectos técnicos como la velocidad de navegación, la carga de memoria o la compatibilidad de la *app* con un determinado terminal móvil, pero serían aspectos que la mujer gestante podría valorar como prioritarios según sus características, lo que tendría que ser evaluado en otro estudio más exhaustivo. Además, dado el carácter mutante y caótico de la red, cualquier aplicación móvil puede ser incorporada, revisada o modificada en cualquier momento

alterándose, por tanto, su evaluación, por ello los resultados de este estudio tienen una validez temporal. Algunos elementos de los criterios evaluados no son apreciables fácilmente debido a la falta de normalización sobre dónde debe aparecer esta información en la *app* lo que hace que en muchas ocasiones se tarde bastante tiempo hasta localizar la información deseada.

Para la elaboración de esta clasificación no se ha considerado aquellas aplicaciones que actualmente forman parte de algún proceso asistencial o de investigación específico. La selección se ha centrado en los aspectos de calidad y veracidad informativa. En cuanto al aspecto comercial y de publicidad no ha sido tenido en cuenta excepto en aquellos casos en los que se entorpecía la navegación o su visualización era excesiva o repetitiva, dado que algunas de las mejores aplicaciones han sido desarrolladas gracias al apoyo directo de una determinada empresa.

Es conveniente siempre comentar estas limitaciones a las usuarias gestantes para que la selección y utilización de apps no dependiera solo de la iniciativa de la matrona, y la mujer embarazada valorara personalmente cómo se adecuan los contenidos a sus necesidades de información. De esta manera se educará a las mujeres gestantes para que sean más críticas y exigentes con la información a la que acceden, forzando, por extensión, a diseñadores y creadores de apps sanitarias a reaccionar en consecuencia.

Conclusiones

Las mujeres gestantes necesitan *apps* en las que confiar, que suministren información suficiente, segura y de calidad y que garanticen la privacidad de cualquier dato sensible. En este trabajo se ha desarrollado una clasificación de las aplicaciones móviles de interés para las mujeres embarazadas según su temática, funcionalidad y aplicación práctica en la consulta de Atención Primaria para que la matrona pueda recomendar su uso como parte del proceso asistencial.

En el análisis de calidad realizado, "Mi Embarazo al día" es la *app* que mejor valoración obtiene para la categoría de seguimiento del embarazo. Las *apps* "Alimentos en el embarazo" y "Ejercicios para embarazadas" son las que mejores resultados muestran para las categorías de "Dieta y nutrición" y "Mantenerse en forma", otras de interés son la "Guía Farmacológica del 061" de la Junta de Andalucía, "EmbaMed" y "Calendario Menstrual". Dado que el 100% de las cinco primeras aplicaciones específicas para las mujeres gestantes está por encima del percentil 90 y el 25% por encima del 75 se puede concluir que las aplicaciones seleccionadas son de calidad media-alta.

A pesar de utilizar un método de análisis de contrastada calidad para realizar la clasificación se detecta la necesidad de crear una herramienta específica para el análisis de *apps*

sanitarias para mujeres gestantes añadiendo una nueva dimensión denominada "Idoneidad obstétrica" haciendo referencia a la utilidad que la matrona ve en la aplicación para resolver las dudas que la mujer gestante habitualmente plantea en la consulta. Es importante que los profesionales sanitarios se impliquen en el proceso de selección, desarrollo e implementación de estas herramientas para que la mujer embarazada confíe en ellos como profesionales cualificados que filtran la información adecuadamente y aconsejan contenidos de calidad.

Hay que señalar, por último, que aunque las *apps* se están convirtiendo en un complemento importante de la atención que el personal sanitario ofrece, de ninguna manera sustituyen la atención individualizada, humana y diligente que prestamos como profesionales día a día. Por ello, hay que realizar una importante labor educadora para que la mujer gestante comprenda que ante cualquier duda o efecto no deseado lo mejor siempre es dirigirse a la fuente de conocimiento, que en el caso que nos ocupa es la matrona.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Cummings E, Borycki E, Roehrer E. Issues and considerations for healthcare consumers using mobile applications. Stud Health Technol Inform. 2013; 183:227-31.
- 2. Google.com [sede web]. California USA: Google. 2014. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: https://play.google.com/store
- 3. Apple.com [sede web]. California USA: Apple. 2014. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: https://www.apple.com/es/itunes
- 4. Fiordelli M, Diviani N, Schulz P. Mapping mHealth Research: A Decade of Evolution. JMIR. 2013; 15(5):45–8.
- 5. Farag S, Chyjek K, Chen KT. Fem mobile apps for Obstetrician/Gynaecologist look provosing. Obstet Gynecol. 2014; 124(4):718-26.
- 6. Tripp N, Hainey K, Liu A, Poulton A, Peek M, Kim J, et al. An emerging model of maternity care: smartphone, midwife, doctor? Women Birth. 2014; 27(1):64–7.
- 7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. Int J Surg 2010; 8(5):336-41.
- 8. Handel MJ. mHealth (mobile health)-using Apps for health and wellness. Explore (NY). 2011; 7(4):256-61.

- 9. Kim P, Eng TR, Deering MJ, Maxfield A. Published criteria for evaluating health related web sites: Review. BMJ. 1999; 318(7184):647-9.
- 10. Khoja S, Durrani H, Scott RE, Sajwani A, Piryani U. Conceptual framework for development of comprehensive e-health evaluation tool. Telemed J E Health. 2013; 19(1):48-53.
- FDA: Mobile Medical Applications. Sept 2013 [cited 3 mar 2017]. Available from: http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/.../UCM263366.pdf
- 12. National Health Service. The Health Apps Library. Dec 2013 [cited 3 mar 2017]. Available from: http://apps.nhs.uk/
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [sede web]. Sevilla: Conserjería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2008. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.calidadappsalud.com/
- cgfns.org [sede web]. CGFNS International. Happtiqque. Final Standards for Mobile Health app Certification program (HACP). Jul 2013. [cited 3 mar 2017]. Available from:

- http://www.cgfns.org/2013/02/happtique-publishes-final-standards-for-mobile-health-app-certification-program/
- 15. medappcare.com [sede web]. Orlando USA. 2010. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.medappcare.com/
- 16. medicalappjournal.com [sede web]. California USA: Medical App Journal. 2011. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.medicalappjournal.com
- 17. codenomicon.com [sede web]. Finlandia: appcheck 2010. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.codenomicon.com/products/appcheck/faq/#Q1
- Fundación iSys. Un método objetivo para valorar Apps de salud a partir de su presentación en el mercado. 2015. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.fundacionisys.org/images/docs/iSYScore%20v14.pdf
- Hides L, Stoyanov SR, Kavanagh DJ, Zelenko O, Tjondronegoro D, Mani M. Mobile App Rating Scale: A New Tool for Assessing the Quality of Health Mobile Apps. JMIR mHealth uHealth. 2015; 3(1):e27.

Tu OPE, tu futuro

Consulta las próximas convocatorias de cursos de Oposiciones o pide información sobre tu Comunidad. Descuento
Suscriptores
Metas o
Enferteca
- 40%





Manuales DAE

Incluye manuales en papel de preparación de oposiciones DAE ed. 2016 (3 tomos)



Infinidad de test

La mayor base de datos de preguntas tipo test con respuestas razonadas (>6.000)



Acceso a Enferteca

La Gran Biblioteca Digital de Enfermería (+100 libros online)



Simulacros

Simulacros reales de exámenes, con preguntas por materias y cronómetro



Encuentr@

Acceso al buscador Encuentr@ durante la duración del curso



Financiación sin intereses

Financia tu compra hasta en 4 cuotas sin intereses



Patricia Álvarez Holgado

Prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Quironsalud Campo de Gibraltar. E-mail: patricia.alvarezholgado@gmail.com

Resumen

La enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHNR) es una coagulopatía adquirida secundaria a la deficiencia de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K (II, VII, IX y X). Sus signos clínicos son el sangrado intracraneal, cutáneo, gastrointestinal, nasal, secundario a circuncisión o intervención invasiva. Existen dos formas: la clásica o precoz, que se da en la primera semana de vida; y la tardía, que se da entre las dos semanas y los seis meses.

Objetivo: determinar los factores predisponentes de EHRN y específicamente: evidenciar si existen factores modificables, y exponer la eficacia y seguridad de tratamiento profiláctico de la EHRN.

Método: se realizó una búsqueda a través del buscador de la BVSSPA y se volcaron datos de *CochranePlus*, *PubMed* y *Uptodate Database*. Se revisaron los protocolos de la Sociedad Española de Pediatría.

Resultados: se encontraron datos válidos para determinar factores predisponentes modificables de la EHRN: la no administración de vitamina K profiláctica en las seis horas posteriores al nacimiento y la lactancia materna exclusiva frente a la lactancia artificial.

Conclusiones: la administración de vitamina k (fitomenadiona) profiláctica tras el nacimiento ha demostrado ser eficaz para controlar esta patología. La vía de administración de la vitamina K puede ser intramuscular o por vía oral. La administración oral puede ser efectiva, pero la seguridad disminuye al incluirse factores independientes necesarios para su aplicación. La administración intramuscular puede ser recomendada ya que se han encontrado mejores resultados en le prevención de la EHRN. Se ha descartado una relación entre la administración intramuscular y el desarrollo de tumores sólidos.

Palabras clave: enfermedad hemorrágica; recién nacido; factores predisponentes; factores modificables.

Abstract

Hemorrhagic disease prevention in newborns

Neonatal hemorrhagic disease (NHD) is an acquired coagulation disorder secondary to a deficiency in vitamin K-dependent coagulation factors (II, VII, IX, and X). Clinical signs include intracranial, skin, gastrointestinal, and nasal bleeding, as well as bleeding secondary to circumcision or invasive procedures. Two different forms exist: classical or early, appearing in the first week of life; and late, developing from 2 weeks to 6 months after birth.

Purpose: to assess predisposing factors to NHD and, particularly, to find out potential modifiable factors; and to show the efficacy and safety of prophylactic therapy for NHD.

Methods: a literature search was carried out by means of BVSSPA and data were obtained from CochranePlus, PubMed and Uptodate Database. Protocols by the Sociedad Española de Pediatría were reviewed.

Results: valid data to assess modifiable predisposing factors for NHE were found: lack of use of prophylactic vitamin K within six hours after birth and exclusive breastfeeding versus formula.

Conclusions: use of prophylactic vitamin K (phytomenadione) after birth has proved effective in controlling NHD. Vitamin K should be administered intramuscularly or orally. Oral use can be effective, but safety is lower due to the inclusion of independent factors needed for such use. Intramuscular administration can be recommended due to its better results in NHD prevention. A relationship between intramuscular administration and solid tumor development has been ruled out.

Key words: hemorrhagic disease; newborn; predisposing factors; modifiable factors.

Introducción

La enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHNR) se define como una coagulopatía adquirida secundaria a la deficiencia de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K (II, VII, IX y X), que no se produce debido a la inmadurez de la flora bacteriana intestinal.

Los depósitos de vitamina K en el recién nacido son escasos y su vida media corta cuando se adquiere mediante la leche materna.

En la naturaleza hay dos tipos de vitamina K. La vitamina K_1 o filoquinona se encuentra en alimentos comestibles como vegetales, aceites vegetales, productos lácteos, y la vitamina K_2 o menaquinona es sintetizada por la flora intestinal y solamente es absorbida en pequeñas cantidades.

Las fórmulas artificiales de leche están fortificadas con vitamina K, por lo que el riesgo en los recién nacidos (RN) alimentados con leche artificial es mínimo o inexistente.

Su diagnóstico se establece por la aparición de sangrado en el RN con un tiempo de protrombina prolongado y un recuento plaquetario y niveles plasmáticos de fibrinógeno normales. Se confirma con la corrección inmediata del tiempo de protrombina y/o el cese de sangrado tras administrar vitamina K.

Los signos clínicos de la EHRN son el sangrado intracraneal, cutáneo, gastrointestinal, nasal, o secundario a circuncisión o intervención médica invasiva.

Existen dos formas principales de EHRN, la clásica y la tardía:

- Dentro de la categoría clásica se pueden definir dos subtipos:
 - EHRN precoz, que se da en las primeras 24 horas de vida de forma fulminante.
 - EHRN clásica, que se da tras las primeras 24 horas y hasta la primera semana de vida. Las manifestaciones más frecuentes de este tipo son hemorragia gastrointestinal, cutánea, nasal y secundaria a una circuncisión.
- La forma tardía se da en los mayores de dos semanas y hasta los 3-6 meses de vida. Se manifiesta mediante hemorragia intracraneal, cutánea y gastrointestinal.

Para la forma tardía, la incidencia en Europa es de 7/100.000 RN en la población general y de hasta 1 por cada 6.000 en lactantes con lactancia materna exclusiva. La forma clásica es entre dos y tres veces más frecuente que la tardía.

A pesar de su baja incidencia, su severidad y la mortalidad de los casos afectados es alta. Esta incidencia alcanza valores

más altos en países en vías de desarrollo. En países como México, por ejemplo, la enfermedad ha presentado una mortalidad de la forma tardía comprendida entre el 11 y el 14% y secuelas graves en más del 40% de los casos. Por ello, esta enfermedad supone una causa importante de morbimortalidad en recién nacidos, especialmente en el caso de la forma tardía, donde el riesgo de hemorragia intracraneal alcanza el 60%.

Objetivos del estudio

El objetivo principal del estudio es determinar los factores que predisponen a padecer la enfermedad hemorrágica del recién nacido, y de forma específica:

- Evidenciar si existen factores predisponentes modificables
- Exponer la eficacia y seguridad de tratamiento profiláctico de la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Material y método

Se realizó una búsqueda con los términos clave a través del buscador de la BVSSPA y se volcaron datos de *CochranePlus*, *PubMed* y *Uptodate Database*.

Se revisaron los protocolos de la Sociedad Española de Pediatría y se consultó la base de medicamentos *Vademecum* y *Medline*.

Se seleccionaron cinco documentos válidos tras restringir la búsqueda a las palabras clave en español y tiempo de publicación no superior a seis años.

Resultados

Tras realizar el análisis de los documentos seleccionados, se puede establecer que existen factores maternos y neonatales que predisponen a padecer la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K:

• Factores maternos:

Principalmente se observó que la toma de fármacos que interfieren con la disponibilidad de vitamina K influyó en la aparición de la EHRN, al pasar la barrera placentaria y llegar al feto.

Entre estos fármacos se encuentran: salicilatos, warfarina, dicumarol, hidantoína, carbamazepina, primidona, fenobarbital, rifampicina e isoniazida.

Es, por tanto, necesario realizar una completa anamnesis a toda mujer gestante para poder objetivar si se está sometiendo a alguno de estos tratamientos y realizar un seguimiento más exhaustivo del recién nacido.

- Factores neonatales:
 - Prematuridad: a mayor prematuridad, mayor riesgo de FHRN.
 - Alimentación deficiente.
 - Nutrición parenteral.
 - Síndrome de malabsorción (fibrosis quística, enfermedad celiaca, diarrea crónica).
 - Esterilización intestinal por uso de antibióticos durante la última etapa del embarazo y/o el parto.
 - Retardo de colonización bacteriana intestinal (por ejemplo, en partos mediante cesárea electiva o neonatos sin contacto inmediato con los progenitores).
 - Complicaciones obstétricas y perinatales (asfixia y sufrimiento fetal prolongado).
 - Enfermedades hepáticas (insuficiencia hepática, atresia biliar, hepatitis, deficiencia de alfa-1-antitripsina).

Por otra parte, se encontraron datos válidos para determinar que existen factores predisponentes modificables de la EHRN, entre los que destacaron:

- La no administración de vitamina K profiláctica en las seis horas posteriores al nacimiento.
- La alimentación con lactancia materna exclusiva frente a la lactancia artificial, que contiene suplementación de vitamina K.

Cabe destacar que aunque la lactancia materna exclusiva contenga niveles inferiores de vitamina K, es la forma más recomendable de alimentación exclusiva en el recién nacido sano hasta los 6 meses, y de forma complementaria hasta los 2 años o se produzca el destete (Tabla 1).

La administración de vitamina K (fitomenadiona) profiláctica tras el nacimiento ha demostrado ser eficaz para controlar esta patología.

La vía de administración de la vitamina K puede ser intramuscular o por vía oral (Tabla 2).

Hay evidencia de que la administración de una dosis única de vitamina K₁ liposoluble IM tras el nacimiento reduce el riesgo de padecer la forma clásica de enfermedad hemorrágica del RN y la forma tardía por déficit de vitamina K a 00,2 por cada 100.000 nacidos, y este riesgo aumenta cuando la profilaxis no se realiza adecuadamente.

La inyección se realiza de preferencia en el vasto externo, en las primeras seis horas tras el nacimiento.

La administración oral de vitamina K puede ser efectiva, pero la seguridad disminuye al incluirse factores independientes necesarios para su aplicación, como el incumplimiento terapéutico por parte de los progenitores, malabsorción o vómitos.

No se pudo establecer ninguna ventaja directa para prevenir la EHRN en la administración oral de la vitamina K frente a su administración intramuscular, más allá de ventajas indirectas como satisfacción de los padres o evitación de lesiones en la zona de punción.

La administración intramuscular puede ser recomendada ya que se han encontrado mejores resultados en la prevención de la EHRN en sus formas precoz y tardía.

La forma oral debe reservarse para aquellos casos en los que los padres no admitan la administración IM, y se han de asegurar que la administración oral se realizará en las pautas adecuadas.

Se ha descartado una relación entre la administración de la vitamina K intramuscular y el desarrollo posterior de tumores sólidos, pero se ha indicado una posible relación con un aumento en el riesgo de desarrollar leucemia en la edad adulta; sin embargo, no existe ninguna evidencia que justifique esta posible asociación.

Tabla 1. Clasificación de la EHRN y causas probables		
Clasificación Edad de inicio Causas probab		Causas probables
Precoz	Primeras 24 horas de vida	Uso de drogas maternas que interfieren con la vitamina K, complicaciones del parto
Clásica	2 a 14 días de vida	Falta de profilaxis con vitamina K
Tardía	A partir de la 2º semana de vida hasta los 6 meses de edad	Falta de profilaxis con vitamina K al nacer y niños usualmente alimentados con lactancia materna exclusiva, síndromes de mala absorción, uso de antibióticos de amplio espectro, hepatopatías, nutrición parenteral

Tabla 2. Diferencias entre administración IM u oral de vitamina K			
Vía de administración	Intramuscular	Oral	
Dosis y pauta	1 mg en dosis única tras el parto (0,5 mg cuando el peso sea menor de 1.500 g)	 1ª dosis 2 mg al nacer 2ª dosis 2 mg a los 4-7 días 3ª dosis 2 mg oral a las 4-6 semanas si la alimentación es con lactancia materna exclusiva 	
Ventajas	 No existe riesgo de malabsorción No precisa colaboración paterna Precisa una única dosis Precisa menor posología Menor coste Efecto sobre la forma precoz y tardía 	 No es dolorosa y se evitan los efectos secundarios asociados a la punción intramuscular Mayor satisfacción en los padres que lo solicitaron 	
Inconvenientes	 Se ha descrito riesgo de hemorragia en lactantes no diagnosticados de hemofilia Relacionada con la aparición de leucemia, actualmente sin evidencia que lo demuestre Dolor, infección, lesión nerviosa o hemorragia en el lugar de la punción 	 Riesgo de malabsorción Posible falta de cumplimiento terapéutico, ya que precisa colaboración paterna El efecto preventivo sobre la forma tardía es limitado Mayor coste: repetidas dosis y mayor posología Efectos secundarios: vómitos, regurgitación o aspiración. Mayor efecto hemolítico 	

Discusión y conclusión

La enfermedad hemorrágica de recién nacido (EHRN) es una patología poco común en los países desarrollados gracias a la profilaxis que se realiza a los recién nacidos tras el nacimiento.

Debe realizarse un seguimiento exhaustivo a los recién nacidos que además muestren otros factores predisponentes para padecer la enfermedad^{1,3,4}.

La administración de vitamina K (fitomenadiona) profiláctica tras el nacimiento ha demostrado ser eficaz para controlar esta patología¹⁻⁵.

La vía de administración de la vitamina K puede ser intramuscular o por vía oral. La administración oral puede ser efectiva, pero la seguridad disminuye al incluirse factores independientes necesarios para su aplicación^{1,2,5}. La administración intramuscular puede ser recomendada ya que se han encontrado mejores resultados en la prevención de la EHRN^{1,3}.

Bibliografía

 Martín López JE, Carlos Gil AM, Rodríguez López R, Villegas Portero R, Luque Romero L, Flores Moreno S. La vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Farm Hosp. 2011; 35(3):148-55.

- Moraes M, Asconeguy J, Medina A, Le Pera V, Borbonet D. Administración de vitamina K en la profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Arch Pediatr Urug 2011; 82(3):171-3.
- Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidados y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009; 71(4):349-61.
- 4. Pantoja M. Enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K. Rev Soc Bol Ped 2009; 48(1):67-71.
- Pallás Alonso CR. Uso profiláctico de la vitamina K para la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_vitamina_k.htm
- Vademecum [Internet]. Fitomenadiona. [citado 3 mar 2017].
 Disponible en: http://www.vademecum.es/principios-activos-fitomenadiona-b02ba01
- Medlineplus [Internet]. Vitamina K. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002407.htm

- ¹ Leticia Molina García
- ¹ Manuel Hidalgo Ruiz
- ² M^a Dolores Miranda Moreno

La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica

- ¹ Matrón/a. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Jaén.
- ² Matrona. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital San Aqustín de Linares, Jaén.

E-mail: letitedi@hotmail.com

Resumen

Introducción: el cáncer de mama es un problema de salud pública de ámbito mundial, ya que representa la principal causa de muerte en la población femenina. La lactancia materna proporciona beneficios no solo para la salud del recién nacido, sino que también puede proteger a la madre de enfermedades graves como el cáncer de mama.

Objetivo: conocer el impacto de la lactancia materna sobre la prevención del cáncer de mama.

Metodología: revisión de la literatura científica desde el año 1994 hasta la actualidad en las bases de datos *PubMed, Scopus, Cochrane, Lilacs, Cinahl* y Cuiden. También se utilizó revisión inversa.

Resultados: la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer cáncer mamario. Su incidencia podría reducirse en más del 50% si se proporcionase más lactancia al pecho y por mayores periodos de tiempo.

Conclusiones: la lactancia materna es uno de los factores modificables en la prevención del cáncer de mama y debe ser una práctica apoyada y fomentada por los profesionales sanitarios y la sociedad en general.

Palabras clave: lactancia materna; neoplasias de la mama; embarazo; promoción de la salud; duración lactancia materna.

Abstract

Breastfeeding as a protective factor against breast cancer: a literature review

Introduction: breast cancer is a global public health issue, being the main cause of death in women. Breastfeeding provides a benefit not just for newborn health but also as a protection against severe diseases as breast cancer in mothers.

Purpose: to understand the impact of breastfeeding on the prevention of breast cancer. Methods: a literature review from 1994 in databases PubMed, Scopus, Cochrane, Lilacs, Cinahl and Cuiden. A reverse review was also used.

Results: breastfeeding reduces the risk for breast cancer. Incidence could be reduced by more than 50% with an increased and longer use of breastfeeding.

Conclusions: breastfeeding is one of the main modifiable factors in breast cancer prevention and should be supported and promoted by healthcare workers and by the whole community.

Key words: breastfeeding; breast neoplasms; pregnancy; health promotion; breastfeeding duration.

Introducción

La incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado en todo el mundo y el cáncer de mama no es la excepción. La estadística mundial señala más de un millón de casos nuevos cada año, por lo que se convierte en un problema de salud pública de ámbito internacional^{1,2}.

La incidencia en España es menor que en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Francia y Suiza, pero similar al resto de países de la Europa mediterránea, centroeuropeos, Portugal e Irlanda³.

En España se diagnostican unos 26.000 casos anuales, representando casi el 30% de todos los tumores en la mujer y supone la primera causa de mortalidad femenina por cáncer (6.231 fallecimientos en 2014). La mayoría de los casos se diagnostica entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65⁴.

Tanto la prevalencia como la incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más temprano. El aumento de la incidencia se calcula en un 1-2% anual y es constante desde 1960¹.

Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, una de cada ocho mujeres (12,5%) y el riesgo de morir por esta enfermedad es una cada 28 (3,57%), según la Asociación Española Contra el Cáncer³.

Gracias al diagnóstico precoz y al tratamiento, la supervivencia ha mejorado en los últimos 20 años, con una tasa del 82,8% a los cinco años tras el diagnóstico, colocando a España por encima de la media europea⁵.

Realmente se desconocen con exactitud los factores que van a determinar la aparición de un cáncer de mama. Sin embargo, en los últimos años, son numerosos los estudios que sobre su prevención se han llevado a cabo en todo el mundo, identificándose una serie de factores de riesgo y factores protectores sobre el cáncer de mama^{6,7}.

Entre los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama la literatura destaca:

- Antecedentes familiares de cáncer de mama. Son el factor de riesgo más importante. Se calcula un riesgo relativo (RR) de 1,8 si tiene un familiar con cáncer de mama, un RR de 2,9 si tiene dos familiares y un RR de 3,9 si se tienen tres familiares⁸.
- Edad. El riesgo se incrementa con la edad. Alcanza el 2,8% en mujeres entre 50-59 años y el 3,6% en mujeres entre 60-69 años⁸.
- Antecedentes familiares de cáncer de ovario.
- Antecedentes de patología mamaria benigna.
- Menarquia precoz < 11 años.

- Menopausia tardía > 54 años.
- Nuliparidad.
- Edad del primer embarazo > 30 años.
- Tabaquismo.
- Sobrepeso y obesidad: índice de masa corporal (IMC) > 27 incrementa el riesgo y la morbimortalidad⁸.
- Tratamiento hormonal.
- Alcoholismo.
- Diabetes mellitus tipo II.
- Sedentarismo.

No obstante, tener factores de riesgo para el cáncer de mama no implica la certeza de que se vaya a padecer la enfermedad, solo indica cierta predisposición^{3.}

Sin lugar a dudas, el diagnóstico precoz mediante autoexploración mamaria y control mamográfico periódico a partir de los 45-50 años, es la mejor herramienta para luchar contra esta enfermedad, pues permite identificar tumores en estadios iniciales con altas tasas de curación³.

A pesar de ello, la investigación es fundamental, dirigiéndose hacia la prevención primaria y fomentando aquellos factores que pudieran disminuir la incidencia de esta patología.

Entre los factores protectores la literatura recoge⁶:

- Dieta saludable, rica en verduras, consumo de soja y carotenos.
- Práctica habitual de ejercicio físico.
- Edad temprana en el primer hijo.
- Multiparidad.
- Práctica de lactancia materna prolongada.

A pesar de que la lactancia materna no es el único factor que determina el riesgo a desarrollar cáncer de mama, su ausencia podría contribuir a su alta incidencia en la actualidad⁹, reduciéndose en más del 50% entre aquellas mujeres con descendencia si estas proporcionasen más lactancia al pecho y por mayores periodos de tiempo a sus hijos¹⁰.

Parece evidente que la lactación es un proceso que influye positivamente en la diferenciación del epitelio mamario, y en la reducción de los niveles de ciertas hormonas, como los estrógenos, cuyos efectos se relacionan con el cáncer de mama^{8,10}.

Objetivo principal

Conocer el impacto de la lactancia materna sobre la prevención en el cáncer de mama, para poder establecer un adecuado consejo sanitario y reducir los posibles efectos perjudiciales derivados de la ausencia del fomento de esta práctica.

Metodología

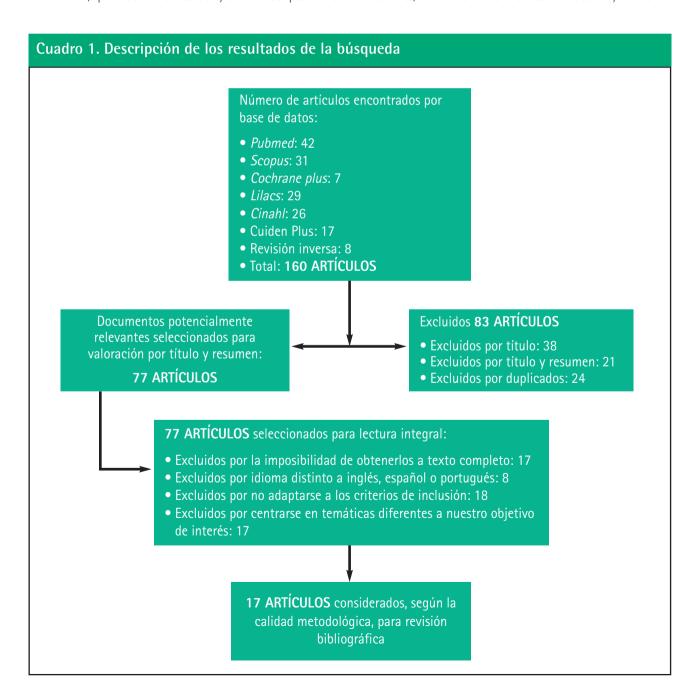
Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *PubMed, Scopus, Cochrane, Lilacs, Cinahl* y Cuiden, desde el año 1994 hasta la actualidad. También se utilizó revisión inversa. La búsqueda fue realizada en febrero-marzo de 2016.

Los descriptores utilizados fueron: "breast feeding", "breast neoplasms", "pregnancy", "health promotion" y como descriptor libre "breast feeding duration", unidas por los operadores lógicos AND y OR, así como sus equivalentes en castellano: "lactancia materna", "neoplasias de la mama", "embarazo", "promoción de la salud" y como descriptor libre

"duración lactancia materna", adecuándolos al tesauro de cada base de datos.

Los criterios de selección de los artículos fueron los siguientes: trabajos escritos en español o inglés, originales o revisiones, realizados en humanos que trataran sobre el efecto de la lactancia materna para el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Del total de documentos obtenidos, descritos en el Cuadro 1, se seleccionaron aquellos donde las características de la población objeto de estudio estuvieran detalladas, para así controlar una de las limitaciones más importantes, las restricciones, derivadas de los criterios de inclusión y exclusión.



Resultados

La búsqueda bibliográfica dio como resultado un total de 160 documentos, de los cuales, 77 artículos fueron seleccionados para una lectura integral y tras descartar los que no se pudieron obtener a texto completo, los duplicados, los excluidos por idioma y los que no estaban relacionados directamente con el objetivo del trabajo, quedaron 17.

Se analizaron los 17 documentos que pueden verse de forma sintetizada y resumida en la Tabla 1.

Tabla 1. Estudios que analizan el efecto protector de la lactancia materna (LM) sobre el cáncer	
de mama	

de mama				
Autores. Año	Tipo de estudio. Muestra	Objetivo	Variables estudiadas	Principales resultados
Ramos et al., 2015 ¹⁹	Descriptivo. 135 mujeres	Describir los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama en mujeres del municipio Pinar del Río (Cuba) en el periodo 2012-2013	 Datos demográficos Antecedentes personales y familiares Estado nutricional Estilo de vida Características endocrino- reproductivas 	Los factores de riesgo más frecuentes para el desarrollo de cáncer de mama fueron menarquía precoz, no ofrecimiento o menos de cuatro meses de LM y uso de anticonceptivos hormonales
Navarro et al., 2015 ¹⁵	Caso-control. 81 casos/81 controles	Evaluar el efecto del uso y el tiempo de utilización de anticonceptivos hormonales y terapia hormonal, práctica de LM, obesidad abdominal y el incremento de peso en la edad adulta sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres adultas del noroeste de México	 Uso y tiempo anticonceptivos orales Uso y tiempo terapia hormonal Uso y tiempo LM Obesidad Peso 	La práctica de LM y el tiempo de LM exclusiva resultaron factores protectores contra el cáncer de mama
Manrique et al., 2015 ⁸	Metaanálisis. 102.866 mujeres	Analizar si la LM puede ser un factor preventivo del desarrollo de cáncer de mama e identificar los mecanismos por los que la lactancia consigue esta protección	 Antecedentes personales y familiares Tipo y duración LM Edad Paridad Mecanismos protectores Subtipos de cáncer de mama 	Disminución del riesgo de cáncer de mama en mujeres que han proporcionado LM alguna vez, más evidente en mujeres postmenopaúsicas y protección mayor cuanto mayor es la duración
Zhou et al., 2015 ¹⁸	Metaanálisis. 27 artículos de 2008-2014	Resumir la evidencia de los estudios epidemiológicos de la LM con el riesgo de cáncer de mama	Tipo y duración LM	Una mayor duración de la LM se asoció inversamente con el riesgo de cáncer de mama
Tumas, 2014 ¹¹	Caso-control. 100 casos/203 controles	Determinar la asociación existente entre los patrones alimentarios identificados, la práctica de LM y la presencia de cáncer de mama en la provincia de Córdoba (Argentina)	Tipo de alimentaciónPráctica de LM	La práctica de LM no presentó asociación con el riesgo de padecer cáncer de mama

Tabla 1. Estudios que analizan el efecto protector de la lactancia materna (LM) sobre el e	cáncer
de mama (continuación)	

de mama (continuacion)				
Autores. Año	Tipo de estudio. Muestra	Objetivo	Variables estudiadas	Principales resultados
Rubí et al., 2012 ⁶	Descriptivo. 220 mujeres	Analizar los factores de riesgo y factores protectores para el cáncer de mama	 Sociodemográficas Comportamiento reproductivo Autoexploración mamaria 	Dieta saludable, ejercicio físico constante, autoexploración mamaria con frecuencia, LM y edad temprana en el primer embarazo son factores protectores para el cáncer de mama
Pechlivani et al., 2012 ¹⁶	Descriptivo. 25 artículos de 1970-2008	Hacer una revisión de los artículos publicados desde 1970 hasta 2008 que discuten si la LM reduce el riesgo de cáncer de mama	 Sociodemográficas Historia familiar Tipo y duración LM 	 El largo periodo de la LM puede reducir el cáncer de mama La LM es un factor de riesgo modificable, por lo que todas las mujeres deberían ser alentadas a amamantar a sus hijos
Blanco et al., 2011 ²⁰	Fenomenológico. 29 mujeres y 1 hombre	Analizar cómo afecta a las mujeres con cáncer de mama la ausencia de maternidad después del tratamiento	GestaciónLMMenopausia	La LM disminuye el riesgo de cáncer de mama de origen genético
Aguilar et al., 2010 ¹⁰	Cohortes Retrospectivo. 504 historias clínicas	Proporcionar nuevos datos epidemiológicos sobre la relación entre el cáncer de mama y algunos aspectos del embarazo y el periodo de lactancia (Granada)	ParidadAntecedentes personales y familiaresTiempo de LM	Correlación significativa entre la edad de diagnóstico del cáncer, el tiempo de LM y la existencia de antecedentes personales y familiares para cáncer
Hernández et al., 2010 ²¹	Caso-control. 515 con cáncer de mama, 507 con patología mamaria benigna y 505 sin patología mamaria	Conocer los factores de riesgo para cáncer de mama en grupo de pacientes femeninas venezolanas con cáncer de mama, patología mamaria benigna y sin patología mamaria, para definir criterios clínicos que permitan orientar a los médicos y pacientes	 Historia familiar Paridad Antecedentes obstétricos Lactancia Anticonceptivos orales Terapia hormonal 	La historia familiar de cáncer de mama y ovario, así como lactancia fueron los factores de mayor impacto para el cáncer de mama
Rojas, 2008 ¹⁷	Caso-control. 103 casos/208 controles	Evaluar el efecto de la LM sobre el riesgo de desarrollar cáncer de mama en una población peruana	 Sociodemográficas Historia familiar Paridad Tipo y duración LM Edad al diagnóstico Tipo histológico Birads 	La LM muestra protección sobre el cáncer de mama, sobre todo si el periodo de lactancia materna total fue de tres meses a más

Tabla 1. Estudios que analizan el efecto protector de la lactancia materna (LM) sobre el cáncer de mama (continuación) Tipo de estudio. Autores. **Objetivo** Variables **Principales** estudiadas resultados Año Muestra Li Yang et al., Descriptivo. Hacer una revisión de los Sociodemográficas No se obtuvieron resultados 200812 31 artículos de Historia familiar artículos publicados desde consistentes para determinar si la 1999-2007 1999 hasta 2007 que Tipo y duración LM LM es protectora del cáncer de evalúan el efecto de la LM mama sobre el cáncer de mama Rea, 2004²⁹ Descriptivo. Analizar los beneficios de la • Cáncer de mama Los beneficios de la LM para la Artículos de LM para la salud de las • Cáncer de ovario salud de las mujeres son muy 1990-2004 mujeres Fracturas importantes, lo que confirma el osteoporóticas menor riesgo de cáncer de mama y • Artritis reumatoide de ovario, menor tasa de fracturas Peso de cadera debido a la osteoporosis Amenorrea lactacional y la contribución al aumento del espaciamiento de los nacimientos Caso-control. Estudiar la relación entre la Duración LM No se obtuvieron resultados Tessaro et al., 200313 340 casos/1020 LM y el cáncer de mama en concluyentes que indicaran que la mujeres de la región sur de LM tuviera un efecto protector controles Río Grande, Brasil sobre el cáncer de mama. Se necesitan más estudios en mujeres premenopaúsicas y de paridad baja. • La LM podría ser responsable de Collaborative Caso-control. Analizar el efecto protector Lactancia Group on 50.302 casos/ de la LM sobre el cáncer de Edad 2/3 de la reducción estimada de Estado menopaúsico **Hormonal** 96973 controles cáncer de mama mama Factors in • Etnia • La LM es mucho más protectora Paridad Breast cuanto más tiempo se prolonga. Cancer, 20029 • Edad primer parto • El riesgo relativo de cáncer disminuyó un 4,3% cada 12 meses de duración de la lactancia Tryggvadóttir • Edad Caso-control. Asociación entre LM v Relación dosis-respuesta entre el et al., 2001²³ 993 casos/9.729 cáncer de mama en Islandia Paridad número de meses de LM y menos controles • Duración de la probabilidad de tener cáncer de mama en el grupo de edad más lactancia • Edad primer parto joven (menores de 40 años), pero no en los demás Lipwort et al., Descriptivo. Evaluar críticamente la • Edad La LM es un comportamiento 200024 37 artículos de evidencia disponible entre la Paridad potencialmente modificable por lo 1966-1998 asociación de la LM y la • Edad primer parto que la implicación práctica de disminución del cáncer de reducción del riesgo de cáncer de • Duración de la

lactancia por hijo

• Estado menopaúsico

• Etnia

mama entre las mujeres

prolongada puede ser de

premenopáusicas con una duración

importancia marginal, en particular en las sociedades occidentales

mama

El diseño de la mayor parte de los estudios analizados fueron de investigación cuantitativa (16) y uno de investigación cualitativa. De los de investigación cuantitativa, predominaron los de investigación observacional: seis descriptivos y ocho analíticos (siete casos-controles y un cohortes retrospectiva). También se analizaron dos metaanálisis y un estudio cualitativo (fenomenológico). El 70,6% (12) de los documentos analizados fue publicado en los últimos ocho años y más del 29,4% (5) en el último año. Los lugares donde se desarrollaron las investigaciones que divulgan los documentos fueron variados: España, Estados Unidos, Venezuela, Grecia, Cuba, Méjico, Perú, Argentina, Brasil, Japón e Islandia.

Discusión

Tres de los documentos analizados no encontraron resultados concluyentes del efecto protector de la lactancia materna sobre el cáncer de mama.

La licenciada en nutrición Tumas¹¹ estableció una relación entre los patrones alimentarios y el cáncer de mama. Sin embargo, no halló esta asociación con la práctica de lactancia materna. Li Yang et al.¹², tras la revisión realizada, obtuvieron 27 estudios que evaluaron el efecto de la lactancia materna sobre el cáncer de mama y 24 estudios donde se asociaba el efecto de la duración de esta. 11 reflejaban una protección significativa y 13 encontraron un menor riesgo con la lactancia prolongada, por lo que concluyó su trabajo diciendo que está surgiendo un consenso acerca de la relación entre lactancia materna y cáncer de mama pero que se requiere ampliar los estudios para determinar si la lactancia materna es protectora.

Del mismo modo, Tessaro et al.¹³, tras su investigación en Río Grande, concluyeron diciendo que la lactancia materna como comportamiento potencialmente modificable podría contribuir a una disminución en la incidencia de cáncer de mama, pero que, sin embargo, su estudio no apoyó esta relación causal y, por lo tanto, deberían seguir ampliándose las investigaciones especialmente en mujeres premenopáusicas y de paridad baja al igual que sería útil evaluar el efecto de la intensidad de la lactancia materna mediante la comparación de la lactancia exclusiva y parcial.

El resto de documentos analizados compartieron que la práctica de la lactancia materna disminuyó el riesgo de padecer cáncer mamario y que este efecto protector fue mayor cuanto mayor fue la duración de la lactancia materna^{8,14}. Sin embargo, no existió consenso científico sobre el tiempo de amamantamiento que ejerció esta protección, existiendo cierta controversia en cuanto debió ser el periodo de lactancia ideal para disminuir la incidencia del cáncer de mama, situándolo desde al menos un mes hasta otros que indicaron que esta debió ser por lo menos de 12 meses^{8,10,12,15-18}.

Un estudio realizado en 2012-2013 en el municipio de Pinar del Río sobre los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama obtuvo que la menarquia precoz, seguida del no ofrecimiento u ofrecimiento menor de cuatro meses de lactancia materna, resultaron los factores de riesgo endocrino-reproductivos que con más frecuencia se reportaron en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama^{19.} Del mismo modo que el estudio llevado a cabo por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo en mujeres mexicanas demostró un efecto protector de la lactancia materna para el cáncer de mama, encontrándose una disminución del riesgo en mujeres que lactaron en comparación con las que nunca proporcionaron lactancia materna a sus hijos. Asimismo, se demostró que a mayor tiempo de lactancia materna exclusiva se redujo el riesgo de desarrollar cáncer mamario¹⁵. Resultados similares obtuvieron en sus estudios el matrón Manrique Tejedor et al.8, el oncólogo Ying Zhou et al. 18 y los profesores Rubí et al. 6 y Pechlivan et al.16.

Otras autoras como Blanco Sánchez²⁰ añadió que la lactancia materna previno el riesgo de cáncer de mama de origen genético y Aguilar Cordero¹⁰ señaló que para que la lactancia materna protegiera a la madre de enfermedades graves como el cáncer de mama esta debería mantenerse por un periodo de tiempo superior a seis meses.

El Dr. Dimas Hernández²¹, en un estudio realizado durante 2006-2007 en Venezuela, añadió que junto a la lactancia materna, la historia familiar de cáncer de mama y ovario fueron los factores de mayor impacto para el desarrollo del cáncer de mama.

El Dr. Rojas Camayo¹⁷, en su estudio realizado en Perú durante el año 2006-2007, concluyó que la lactancia materna en las mujeres que tuvieron hijos mostró una protección sobre el cáncer de mama, sobre todo si el periodo de lactancia materna total fue de tres meses a más.

Una revisión de 47 estudios llevados a cabo en 30 países, involucrando a cerca de 50.000 mujeres con cáncer de mama y 97.000 controles, sugirió que la lactancia materna pudo ser responsable de 2/3 de la reducción de la estimación de cáncer de mama. Cuanto más larga fuera la duración de la lactancia materna mayor fue la protección: el riesgo relativo de cáncer disminuyó un 4,3% cada 12 meses de duración de la lactancia, sin importar las nacionalidades de las mujeres, la edad, la raza, la presencia o ausencia de la menopausia y el número de hijos^{9,22}. Sin embargo, otro estudio llevado a cabo en Islandia, con la participación de 993 casos de cáncer de mama y 9.729 controles, puso de manifiesto una relación dosis-respuesta entre el número de meses de lactancia materna y menos probabilidad de cáncer de mama en el grupo de menor edad (< 40 años)²³. También, Loren Lipworth et al.²⁴, en su revisión realizada entre 1966 y 1998, mostraron que algunos autores sugirieron la ocurrencia de protección de la lactancia materna contra el cáncer de mama en mujeres de América y Europa antes de la menopausia.

Otros estudios realizados en años anteriores a los considerados para esta revisión también encontraron importantes evidencias de la protección de la lactancia materna contra el cáncer de mama^{7,25-28}.

Conclusiones

La literatura revisada evidencia que la lactancia materna por periodos de tiempo prolongados, además de aportar beneficios al neonato, también actúa como factor protector para cáncer de mama, y por su carácter modificable, debería ser apoyada y fomentada por los profesionales y la sociedad en general, informando a los padres de todos sus beneficios pero siempre desde el respeto a su decisión.

Bibliografía

- Rodríguez Cuevas SA, Capurso García M. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2006; 74(11):585-93.
- Ardanaz E, Moreno C, Pérez de Rada Aristegui ME, Ezponda C, Navaridas N. Incidencia de cáncer en Navarra (1998-2000). Anales Sis San Navarra. 2004; 27(3):373-80.
- 3. Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. Madrid. [citado 3 mar 2017]. Disponible en: https://www.aecc.es/
- Parkin D, Whelan S, Ferlay J, Teppo L, Thomas D. Cancer incidence in five continents Vol. VIII. IARC Sci Publ. 2002;155.
- 5. Pollán M, García Mendizabal MJ, Pérez Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. Psicooncología. 2007; 4(2/3):231.
- 6. Rubí García Valenzuela ML, Velázquez de la Luz BA, Lozano Zúñiga MM, Martínez Ávila B, Mascada Solano J, López Zúñiga FM. Factores de riesgo y factores protectores para el cáncer de mama. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. 2012; 10(2):13-29.
- Olaya Contreras P, Buekens P, Lazcano Ponce E, Villamil Rodríguez J, Posso Valencia HJ. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. Rev Saude Publica.1999; 33(3):237-45.
- 8. Manrique Tejedor J, Figuerol Calderó M, Cuéllar De Frutos A. La lactancia materna como método de prevención del cáncer de mama. Rev ROL Enferm. 2015; 38(12):832-8.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet. 2002; 360(9328):187–95.

- Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López C, Mur Villar N, García López PA, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Nutr Hosp. 2010; 25(6):954-8.
- 11. Tumas N. Patrones alimentarios, lactancia materna y su relación con el cáncer de mama en Córdoba. 2008–2012 [tesis]. Córdoba (Spain): Universidad de Córdoba; 2014. p. 78.
- Li Yang MD, Jacobsen KH. A systematic review of the association between breastfeeding and breast cancer. Journal of women's health. 2008; 17(10):1635-45.
- 13. Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Victora CG. Breastfeeding and breast cancer: a case-control study in Southern Brazil. Cad Saude Publica. 2003; 19(6):1593-601.
- Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Guisado Barrilao R, Hermoso Rodríguez E, Mur Villar N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño: Revisión sistemática. Nutr Hosp. 2016; 33(2):482-93.
- 15. Navarro Ibarra MJ, Caire Juvera G, Ortega Vélez MI, Bolaños Villar AV, del Socorro Saucedo-Tamayo M. Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Nutr Hosp. 2015; 32(1):291-8.
- 16. Pechlivani F, Vivilaki V. Breastfeeding and breast cancer. Health Science Journal. 2012; 6(4):610–7.
- 17. Rojas Camayo J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. An Fac med. 2008; 69(1):22-8.
- 18. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: Evidence from a meta-analysis. Breastfeeding Medicine. 2015; 10(3):175-82.
- Ramos Águila YC, Marimón Torres ER, Crespo González C, Junco Sena B, Valiente Morejón W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas. 2015; 19(4):619-29.
- 20. Blanco Sánchez R. Cáncer de mama y maternidad. Enferm Global. 2011; 10(22).
- 21. Hernández D, Borges R, Márquez G, Betancourt L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama: pacientes con cáncer patología benigna no patología. Rev Venez Oncol. 2010; 22(1):16-31.
- 22. Woodman I. Breast feeding reduces risk of breast cancer, says study. BMJ. 2002; 325(7357):184.
- 23. Tryggvadóttir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. Am J Epidemiol. 2001; 154(1):37-42.
- 24. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. J Natl Cancer Inst. 2000; 92(4):302-12.

MATRONAS HOY • Vol. 5 - nº 1 abril-agosto 2017

- 25. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. N Engl J Med. 1994; 330(2):81-7.
- 26. Brinton LA, Potischman NA, Swanson CA, Schoenberg JB, Coates RJ, Gammon MD, et al. Breastfeeding and breast cancer risk. Cancer Causes & Control. 1995; 6(3):199-208.
- 27. Enger SM, Ross RK, Henderson B, Bernstein L. Breastfeeding

- history, pregnancy experience and risk of breast cancer. Br J Cancer. 1997; 76(1):118-23.
- 28. Pérez RG, Linares DB, Rodríguez YR, Hernández ER. Edad y estado civil de las gestantes, ontogenia familiar y conocimientos sobre la lactancia materna. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2015; 31(2).
- 29. Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5):142-6.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

¿Qué pasó con el pago en concepto de especialidad de las matronas?



Hasta 1987 las nóminas de las matronas incluían un concepto en el desglose de retribuciones que se refería al pago en concepto de especialidad (Puesto de Trabajo), algo por otra parte justo, ya que a diferencia de la enfermería generalista, las matronas tenían un título que les acreditaba como enfermeras especialistas y, con ello, asumían las consiguientes responsabilidades y cargas específicas en el ejercicio de su trabajo.

Estábamos por aquellos años en medio de una reforma del sistema sanitario que se descentralizaba en favor de las transferencias autonómicas y, por otra parte, se estaban desarrollando los nuevos servicios de atención primaria de salud (AP).

La Administración pensó que era necesario regularizar las retribuciones del personal que prestaba servicios en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, acentuando la tendencia hacia la homogeneidad que regía para los funcionarios públicos.

La previsión al respecto era que el régimen retributivo del personal estatutario se contendría definitivamente en el Estatuto Marco, previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Las normas de las comunidades autónomas en materia de personal se ajustarían al Estatuto Marco, y a la vez las CC.AA. podían fijar las retribuciones de su personal, pero siempre en relación a los preceptos básicos de la ley 30/84 de 2 de agosto.

No obstante, resultaba necesario aprobar, aunque fuera provisionalmente, el nuevo modelo retributivo, lo cual se efectuó con el de 11 de septiembre, Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud (vigente hasta el 18 de diciembre de 2003), que suponía una anticipación del nuevo régimen retributivo del personal de INSALUD, sin perjuicio de que dicho régimen fuera recogido en la Ley que aprobara el Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE. núm. 301, de 17 de diciembre de 2003).

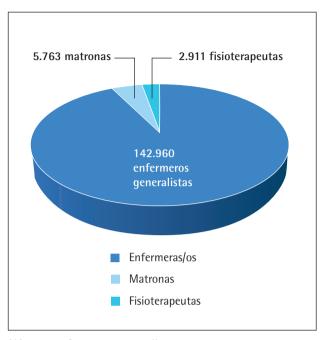
Su objetivo no era otro que hacer frente, en tanto no se aprobara el Estatuto Marco, a la necesidad de dar una nueva regulación a la estructura retributiva del personal sanitario. Podía entenderse como norma-puente sin descartar la influencia de la Ley 30/84; en buena medida tiene su origen en acuerdos previos entre la Administración sanitaria y las organizaciones sindicales del sector.

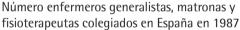
Los sindicatos "se olvidaron" de las matronas, únicas especialistas de enfermería en la fecha

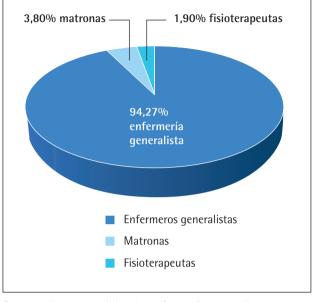
Era previsible que cuando la cifra de diplomados en enfermería era de 148.723 colegiados en España¹ y el número de matronas y fisioterapeutas era sensiblemente menor, 5.763 matronas (3,8% del total del grupo enfermero), 2.911 fisioterapeutas² (1,9% del total del grupo enfermero), que el derecho lícito de un subgrupo minoritario como el de las matronas; en este caso, quedarían olvidados en cualquier negociación como la que estaba por llegar en beneficio de la mayoría, y así fue. En esta negociación a las matronas

¹ Datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.

² Desde 1980, la Fisioterapia no es una especialidad de Enfermería, sino una carrera de acceso directo, diplomatura en Fisioterapia, RD 2965/1980 de 12 de diciembre 1980. Se entiende que los consignados por el INE como diplomados en Enfermería con especialidad de Fisioterapia en 1987 son profesionales formados con el plan formativo anterior a 1980, en la que la Fisioterapia se separó de la Enfermería.







Porcentajes presenciales de enfermería generalista y especialidades (matronas y fisioterapeutas, 1987)

nos arrebataron un derecho y eso lo apoyaron los sindicatos firmantes ante la Administración.

Los sindicatos "se olvidaron" de las matronas, únicas especialistas de enfermería en la fecha porque no somos ni la llave ni la clave de sus intereses electoralistas

A partir de la entrada en vigor del RD 3/1987, el Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social solo podría ser remunerado por los conceptos que se determinan en el citado Real Decreto-Ley, que en su el artículo 2º expresa:

- Las retribuciones del personal estatutario son básicas y complementarias.
- Son retribuciones básicas:
 - El sueldo, que será igual para todo el personal de cada uno de los grupos de clasificación a que se refiere el artículo 3° de este Real Decreto-Ley ("las diversas categorías del personal estatutario se clasificarán de acuerdo con la titulación académica exigida para el ingreso en ellas").

Grupo B: título de Ingeniero Técnico, diplomado Universitario, Arquitecto Técnico, Formación Profesional de tercer grado o equivalente. (Y ahí estábamos las matronas, sin diferenciar)

- Los trienios, consistentes en una cantidad igual para cada uno de los grupos de clasificación, por cada tres años de servicios.
 - Hasta la entrada en vigor del Real Decreto-Ley mencionado. los trienios tenían la consideración de retribución complementaria, se denominaban premio de antiquedad y eran equivalentes al 10% del salario base del trabajador. El Real Decreto-Ley 3/1987 "funcionariza" las retribuciones del personal estatutario y establece que los trienios pasarán a formar parte de las retribuciones básicas, retribuyéndose con una cuantía fija según cada grupo profesional. No obstante, la disposición transitoria segunda del Real Decreto-Ley 3/1987 estableció que el personal estatutario que tuviera reconocido el complemento "premio de antigüedad" lo mantendría como un complemento personal (con una cuantía congelada) en sus nóminas. Aunque la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario derogó el Real Decreto-Ley 3/1987 se mantuvo la retribución del premio de antigüedad. Por lo tanto, coexisten entre las retribuciones de muchos enfermeros (matronas) dos conceptos retributivos: el complemento personal "premio de antigüedad" y el trienio propiamente dicho, habiéndose dado por entendido que ambos conceptos retributivos eran continuidad uno del otro.
- Las pagas extraordinarias, que serán dos al año por un importe mínimo, cada una de ellas, de una mensualidad



de sueldo y trienios, se devengarán en los meses de junio y diciembre.

- Son retribuciones complementarias:
 - El complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. En el caso de la enfermería (matronas) y otros quedamos englobados en el nivel 14.

Nivel	Puesto de trabajo	
14	Matrona, enfermera, ATS/DUE, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional (jefes o adjuntos); Grupo Técnico de la Función Administrativa. Ingeniero superior, bibliotecario; directora técnica Escuela Universitaria de Enfermería	

- El complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos de trabajo en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto de trabajo.
- El complemento de productividad, destinado a la remuneración del especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas. La determinación individual de su cuantía se efectuará dentro de las dotaciones presupuestarias previamente acordadas y de conformidad con la normativa vigente.

En todo caso, las cantidades que perciba cada persona por este concepto serán de conocimiento público del personal de la Institución Sanitaria donde preste servicios, así como de los representantes sindicales.

 El complemento de atención continuada, destinado a la remuneración del personal para atender a los usuarios

- de los Servicios de Salud de manera continuada incluso fuera de la jornada establecida.
- El personal estatutario percibirá, en su caso, las indemnizaciones correspondientes por razón del servicio y por residencia, así como la ayuda familiar.

El resultado

Creo que es obvio decir, y nadie podrá contradecir, que las organizaciones sindicales del sector no negociaron para toda la enfermería, sino para la mayoría, privando del derecho de los especialistas en pro de no sabemos qué beneficio y para quién. Incluso el sindicato de enfermería constituido en 1979, cuyo lema es luchar por los derechos de los profesionales de Enfermería y Fisioterapia para el desarrollo de la profesión y que a lo largo de más de 30 años de actividad se ha posicionado como el sindicato con mayor implantación en el sector sanitario, contando en la actualidad con más de 100.000 profesionales de Enfermería y Fisioterapia afiliados, no hizo caso en ningún momento de esta injusta situación.

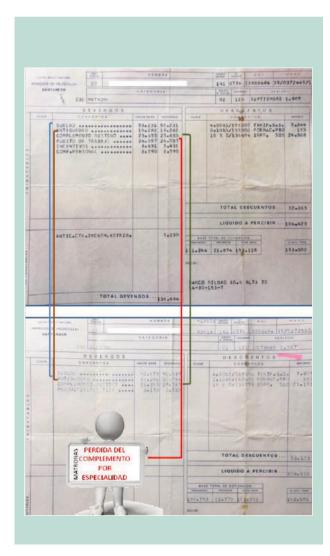
La Asociación Española de Matronas ante este varapalo a este colectivo profesional, y a pesar de que como asociación de carácter científico no ha tenido ni tiene ninguna potestad en reclamaciones laborales, desde antes de la entrada en vigor de este RD que conculcaba un derecho de las matronas, inició un largo peregrinaje ante ministerios y sindicatos, para que este trato injusto fuera revertido. La AEM defendió hasta la extenuación este derecho reclamado por las matronas, argumentando además la circunstancia del escaso número de especialistas del momento (solo matronas), lo que hacía viable económicamente el reconocimiento y además abría las puertas a que los futuros enfermeros especialistas que se fueran incorporando a la sanidad pública a medida que se desarrollaran las especialidades de Enfermería, pudieran de la misma manera ver pagado el esfuerzo y la responsabilidad que supone el poseer un título de especialista. Todos los que tenían la potestad "hicieron oídos sordos".

Tabla comparativa de retribuciones antes y después de la aplicación del modelo retributivo de 1987

Antes del nuevo sistema retributivo (hasta septiembre 1987)	Con el nuevo sistema retributivo (a partir octubre 1987)
Sueldo base 58.231 pts	Sueldo base 90.979 pts
Antigüedad 10% sueldo 6.114 pts	Antigüedad 4.047 pts
Complemento destino 23.653 pts	Complemento destino 25.395 pts
Puesto de trabajo (especialidad) 24.057 pts	Puesto de trabajo (especialidad) 0 pts

La AEM incluso para forzar la situación y sacar de la inacción a los sindicatos, y fundamentalmente al de Enfermería que, como es natural, había conseguido una gran afiliación entre enfermeros con el lance anterior algo que nunca podríamos darle las matronas porque nuestro número era ínfimo en comparación con la Enfermería generalista, amenazó con una huelga que se hizo en 1988 consiguiendo un incremento del 13,5% en las nóminas siguientes a las de la catástrofe del nuevo modelo retributivo comentado, pero no incorporado como "Concepto de Especialidad".

Por cierto, y para "vergüenza" del colectivo de matronas que no se solidarizó ni con su propia causa, decir que las huelguistas fueron 42 matronas de las aproximadamente 5.000 que por entonces integraban el colectivo, y no por casualidad, sino porque actuaron como personas íntegras y comprometidas con el colectivo que representaban, fueron algunas de las líderes autonómicas, y fundamentalmente miembros de la Asociación Española de Matronas, a la cabeza su Presidenta Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, las matronas que se manifestaron.



Durante estos 30 años que nos separan de esta debacle económica, para las matronas la AEM ha seguido insistiendo en este tema pendiente, increpando al Sindicato de Enfermería principalmente, por su falta de sensibilidad con los grupos minoritarios, como sigue siendo el caso de las matronas que en el los sistemas pseudo democráticos se vuelven invisibles.

Ninguna CC.AA. paga la especialidad de matrona

Actualmente no hay ninguna CC.AA. que retribuya a las matronas el concepto de "Especialidad", aunque hay diferencias entre algunas comunidades. La más significativa es la de las matronas de Cantabria, aunque en sus emolumentos tampoco se contempla el concepto "Especialidad". El gobierno de Cantabria revisó, bajo la presión de la totalidad de las matronas de Cantabria, unidas (un hito sin precedentes, por cierto), los importes del complemento específico y complemento de productividad (factor fijo) de las matronas de atención especializada. En esa política de adecuación de las retribuciones complementarias, intentando asegurar que las asignadas a cada puesto de trabajo guarden la relación procedente con el contenido de especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad peligrosidad o penosidad del mismo, la Administración sanitaria consideró que había que continuar con la reforma emprendida en el sistema retributivo de este colectivo (ya se había incorporado el pago de TIS en atención primaria) y, concretamente, en el que quedó fuera de las modificaciones emprendidas con el citado acuerdo: las matronas de atención especializada.

Con efectos de 1 de marzo de 2007 las cuantías del complemento específico y complemento de productividad (factor fijo) de las matronas de atención especializada serán las siguientes:

- Tipo de retribución, complemento específico: 196,86 euros/mes, 2.362,32 euros/año.
- Tipo de retribución, complemento de productividad (factor fijo): 510,06 euros/mes, 6.120,72 euros/año.

Esto lo consiguieron exclusivamente las matronas de Cantabria, no fue logro de ningún SINDICATO.

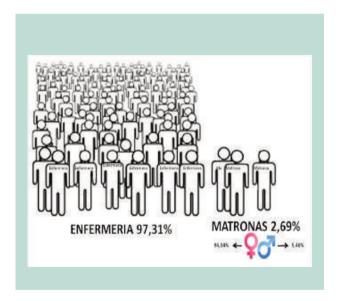
Mayor desigualdad y más compleja situación

Lo que la Asociación Española de Matronas pronosticó durante estos casi 30 años que nos separan desde la aplicación del modelo retributivo que arrebató a las matronas el complemento por especialidad, se ha cumplido:

Ningún sindicato con poder negociador en las Mesas Sectoriales de la Sanidad ha reivindicado esta deuda histórica con las matronas.



- El conjunto de matronas ha crecido y con ello, y como era previsible, se han añadido nuevos especialistas de Enfermería al panorama de la sanidad española y al montante que en caso de haber reconocido esta deuda histórica con las matronas hubiera tenido que satisfacer la Administración, ahora no solo sería más elevado que en los orígenes, sino que además habría de unirse otra partida, evitando agravios comparativos, destinada a retribuir a los nuevos especialistas de Enfermería. Estamos en medio de una larga época de austeridad y recortes económicos, momento poco propicio para tomar ninguna medida que suponga costos sobreañadidos.
- Por último, y no menos importante, la presencia de matronas en el grupo de la Enfermería aún es menor que lo que fue en 1987 y, por lo tanto, seguimos siendo invisibles para los sindicatos que negocian, porque lejos de negociar para todos, seguirán guiados de sus intereses y negociarán para aquellos de los que puedan sacar partido en forma de afiliación.



Con los últimos datos facilitados por el INE (2015), y a pesar de la inexactitud que pueden tener, la desigualdad de presencia dentro del colectivo de Enfermería* entre enfermeros y matronas (no se especifican otros especialistas en la estadística) es más que patente: de entre los 262.008 diplomados en Enfermería colegiados en activo solo se contabilizaban 7.073 matronas, lo que arroja una representatividad de estas del 2,69%.

¿Y ahora qué?

Es justo y lícito que se reclame un derecho como esta retribución que tantos compañeros no entienden por qué no tenemos, pero para aquellos que lo desconocen y emiten ardientes soflamas por el cobro de la especialidad como tema nunca reclamado, sería conveniente que reflexionaran y colocaran a cada actor con su papel correspondiente en "esta opereta". Si hasta el momento no se ha conseguido nada, no es porque no haya habido matronas, en concreto la Asociación Española de Matronas, que nunca ha hecho distingos en la representación del colectivo y lo viene haciendo desde hace 40 años, que no se hayan interesado y esforzado en que ese lograra esto, sino porque quien verdaderamente tiene la posibilidad de negociar ha olvidado a las matronas porque no les resultamos "rentables" en sus cuentas sindicales. Los verdugos han sido los Sindicatos de la Sanidad junto con la Administración Sanitaria; las cercenadas, las matronas.

Una prueba más de que si somos, más que pocos, cobardes y egoístas poco podremos conseguir; solo la unión (más que la fuerza) consigue resultados, en nuestro caso una reclamación de todo el colectivo sería "jugar" con un "as en la manga" porque es cierto que la sanidad no puede prescindir de las matronas, y si no fijaos en lo que consiguieron 60 matronas de Cantabria, eso sí, sufrieron el mayor acoso laboral y mediático que pocos pueden imaginar, pero había razones tan de peso como loables y la cohesión del grupo no se resquebrajó hasta conseguir el objetivo.

ENTREVISTA a matronas del Hospital Universitario de Ceuta

El Hospital Universitario de Ceuta es un hospital público (comarcal), situado en el norte del continente africano, a 14 km en barco del sur de Andalucía. Presta servicios sanitarios especializados y pertenece al Instituto de Gestión Sanitaria que depende del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; es una de las pocas áreas nacionales que no tienen transferidas la sanidad en el ámbito autonómico.

Se encuentra en zona fronteriza con Marruecos y se considerada frontera europea. Es azotada por gran inmigración procedente del país vecino y de todo centro y sur de África (80.000 habitantes residentes censados), donde conviven cuatro culturas diferentes: árabe, judía, cristiana e hindú.

El hospital es de reciente construcción, inaugurado en 2010 tras varios años de obras y proyectos para su ubicación definitiva, es uno de los centros que, mediante convenio con Granada, alberga las prácticas de estudiantes de Enfermería, además de Residentes de Matrona, Salud Laboral y del Trabajo y de Medicina de Familia.

El servicio de obstetricia está situado en la 3º planta, donde hace unos meses se inauguró una Escuela de Padres para formar a las mujeres, durante el ingreso, sobre cuidados del recién nacido y puerperales (lactancia, cuidados de la mujer...). Al ser un hospital comarcal y no contar con UCI pediátrica se ve limitada la atención a recién nacidos (RN) con patologías relevantes y a mujeres gestantes de menos de 32 semanas de gestación, siendo derivadas las mujeres que lo precisan a la península por medio del helicóptero sanitario o ambulancia a través del barco, según la gravedad. Los RN que necesitan atención especializada también son derivados a la península, a los hospitales de Cádiz o Málaga, según posibilidad de ingreso.

Algunos profesionales de este hospital, como son las ma-



Hospital Universitario de Ceuta

tronas Luciano Rodríguez Díaz y Juana María Vázquez Lara, son reconocidos por numerosos trabajos que han traspasado fronteras, entre ellos "El pictograma para gestantes de habla no hispana", que fue premiado por la fundación lavante de la Junta de Andalucía y ha sido utilizado en lugares como África, India y México, entre otros. Además, sus vídeos sobre "atención al parto normal" y para "educación maternal" han sido premiados por la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE). Cabe también destacar la edición del "Programa formativo de la especialidad de Matrona" publicado por el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social a través del servicio de publicaciones de Ingesa. Estas dos matronas forman un equipo innovador y creativo.

Juana María Vázquez Lara, además de ser la jefa de Estudios de la Unidad Docente de Matronas de Ceuta, fue premiada el año pasado por Ingesa por su buena praxis profesional, dedicación y aportación científica a esta entidad.

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

Respuesta. Las matronas, enfermeras y las auxiliares de enfermería realizamos nuestro trabajo fundamentalmente en el Área de Partos, que cuenta con un área de urgencias y seis dilataciones paritorio, tres salas de paritorio instrumental, un quirófano obstétrico y una consulta de suelo pélvico. El equipo obstétrico consta de: 13 matronas, siete auxiliares de enfermería y cinco enfermeras.

Atendemos urgencias obstétricas y mujeres con problemas de suelo pélvico. Realizamos autónomamente partos de bajo riesgo y junto al obstetra, los de medio y alto riesgo. Se supervisa el contacto "piel con piel". Valoramos control postparto y asesoramos en el inicio de la lactancia. Colaboramos en la atención al parto de nalgas, gemelares y en la reanimación del RN junto a los pediatras.

En la zona quirúrgica, y si la carga de trabajo lo permite, acudimos a recibir al RN en las cesáreas, colaboramos en la reanimación si se precisa y acompañamos al bebé a la planta de pediatría.

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

R. El Hospital Universitario de Ceuta cuenta con una matrona responsable de salud reproductiva y sexual encargada de todos los aspectos estadísticos y de protocolización sobre la atención de la mujer gestante y el recién nacido, incluyendo planes de mejora para el servicio.

Se realiza, de forma manual, un registro de los partos en el "Libro de Partos" donde constan de forma consecutiva. Se conservan todos los libros desde el inicio de la actividad en el hospital.

Se lleva a cabo también un registro informatizado con los datos precisos para hacer una estadística anual que resuma el trabajo anual.

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

R. En todos los partos vaginales se promueve el "piel con piel" si no se precisan cuidados específicos para el RN, incluso con presencia de pediatra. Esta práctica está resultando el comienzo ideal para la implantación de la LM. Las mujeres son iniciadas desde ese momento sobre LM, aunque los mejores resultados se consiguen fuera de la mesa de parto, en el postparto inmediato, periodo durante el cual se realiza un control de, al menos 60, minutos en sala tranquila y con acompañamiento.

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

R. En el hospital Universitario de Ceuta el Documento de Estrategia de Atención al Parto de 2007 nos ha servido para modificar desde la evidencia científica muchos procedimientos que veníamos realizando de forma rutinaria como rasurado o enema de los que hoy ni se habla, uso de oxitocina, episiotomía o amniorrexis artificial que hoy día se individualizan; se han protocolizado otros como el acompañamiento, tomar bebidas en dilatación o la instauración del contacto piel con piel.

La autonomía de la matrona en el parto eutócico de bajo riesgo y el respeto de los obstetras por el trabajo realizado por las matronas también es una constante en este hospital, en parte auspiciado por la implicación real del jefe de servicio en la mejora de la calidad asistencial. Esta implicación se ha visto así mismo materializada en la consecución de la mejora de la dotación de recursos técnicos para este servicio, con la adquisición de nuevos monitores y una cama-mesa de partos.

Existe una alta tasa de partos en el medio extrahospitalario, por lo que realizamos todos los años una formación para profesionales sanitarios y cuerpos nacionales de seguridad local y nacional ante la presencia de esta emergencia obstétrica tan común. Por todo ello, desarrollamos el primer manual sobre la "atención al parto en el medio extrahospitalario".

Además, se han elaborado varias guías, entre ellas sobre lactancia materna, defectos congénitos, sobre analgesia durante el parto y sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.



Luciano Rodríguez Díaz y Juana María Vázquez Lara, matronas del Hospital Universitario de Ceuta

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

R. Nuestra Área de Salud es una zona fronteriza donde existe bastante inmigración, atendiendo una población extranjera no española entorno al 33%, sobre todo de origen marroquí y centroafricana. Las culturas habituales que podemos encontrar en nuestra asistencia son árabe, nigeriana, hindú y judía.

El número de partos en el Hospital Universitario de Ceuta, en 2016, fue de 1.645 partos.

El perfil de las mujeres que atendemos es mayoritariamente española: el 40% de las atendidas en el año 2016 fue primigesta y el resto grandes multíparas con cuatro o cinco hijos.

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

R. Nuestra relación con la Dirección de Enfermería es buena y fluida, tanto a través de nuestra supervisora matrona, como por la apuesta del equipo directivo por el diálogo y el buen funcionamiento del servicio.

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

R. Somos 13 matronas rotando y en bastantes ocasiones somos tres matronas durante 12 horas, permitiendo la

realización de monitores en planta y atención a la consulta de suelo pélvico y cuidados puerperales.

En el verano, la dirección suele contratar a dos matronas para vacaciones y que además, en caso de que la plantilla haya generado horas de exceso, las cubren también, de forma que la plantilla concluya el año con una jornada horaria ajustada y la contratación sea lo más atractiva posible.

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

R. La plantilla actual está compuesta por 13 matronas estatutarias, siete fijas y seis vacantes-interinas.

La última oposición, al menos para matronas, fue la de 2012.

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

R. En la actualidad, la plantilla de matronas es la imprescindible para la cobertura del Área de Partos. La Dirección de Enfermería aboga por una matrona de mañana en planta que asesore a la mujer gestante y puérpera, esperemos que no tardemos en ver materializada esta idea.



Conecta con la Enfermería

¡Ya somos más de 15.000 seguidores!



Ponte al día de las últimas noticias y novedades del mundo enfermero.



Además, podrás hacernos llegar tus sugerencias y preguntas.



Entérate de las últimas novedades editoriales y nuestras exclusivas ofertas.



Podrás participar en los sorteos y concursos que realizaremos.



MENSAJE DE LA ICM EN EL DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER 2017



El 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) llama la atención sobre las muertes prevenibles de más de 287.000 mujeres que mueren al dar a luz, sobre aquellas que quedan con secuelas, sobre los 2,7 millones de recién nacidos que mueren en el plazo de los primeros 28 días de vida y los que mueren porque no tienen a sus madres. Las matronas juegan un papel vital en la reducción de estas muertes, pero muchas se enfrentan a barreras significativas para proporcionar esta atención esencial. La ICM llama la atención sobre la vida laboral de las matronas, la mayoría de las cuales son mujeres que sufren la discriminación de género, la falta de respeto y de condiciones de trabajo equitativas. El mundo necesita más matronas formadas y reguladas según las normas internacionales, a quien se les retribuya de manera justa y por igual a otros profesionales de la salud y cuyas condiciones de trabajo sean seguras, que los sistemas de salud reconozcan el valor de estas y les permitan ejercer con eficacia.

El eslogan de 2017 para este día "Las mujeres en el cambiante mundo del trabajo: Planeta 50-50 para 2030" hace reflexionar sobre los progresos realizados y pedir el cambio y la mejora de las políticas de obstetricia en muchos países. En el reciente informe "Voces de Matronas realidades de Matronas" de ICM, la OMS y la WRA revelan que demasiado a menudo los esfuerzos de las matronas están limitados por relaciones desiguales de poder dentro de los sistemas de salud. Muchas matronas también se enfrentan al aislamiento sociocultural, alojamientos inseguros y bajos salarios. Esta desigualdad no puede continuar.

La ICM cree que es hora de eliminar las barreras, realizar actividades más intensas de promociónde las matronas y la obstetricia, y proporcionar apoyo profesional incluyendo oportunidades para el liderazgo en esta última. Es hora de que los gobiernos inviertan en ma-

tronas, reconozcan el valor de estas, propicien formación más completa en partería y marcos reguladores, a la vez que garanticen mejores condiciones de trabajo para las matronas dentro de entornos favorables de los servicios de salud.

Nos hacemos eco de la declaración hecha por el secretario general de la ONU y director ejecutivo de ONU Mujeres, Phumzile Mlambo-Ngcuka, cuando dice que las mujeres deben levantar su voz en la búsqueda de soluciones para superar las barreras actuales para la participación de estas en diferentes foros económicos, sociales y políticos. Este deseo concuerda con lo que nos gustaría que hicieran las matronas: levantar sus voces en busca de soluciones para los salarios pobres con poca o ninguna protección social, mejoras en las condiciones de trabajo y participación en foros de política.

Las matronas tienen un papel clave que desempeñar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el Objetivo 3, relacionado con la salud y el bienestar, y el Objetivo 5, en relación con el logro de la igualdad de género y la autonomía de todas las mujeres y niñas.

"Al igual que todas las matronas estamos comprometidas con la atención de más alta calidad para todas las mujeres, los recién nacidos y sus familias, también debemos estar unidas en el objetivo de asegurar que el personal de partería sea apoyado por una educación de calidad, regulación académica y laboral y condiciones de trabajo seguras. Las matronas deben ser respetadas, valoradas y retribuidas de la misma forma que lo son otros profesionales".

DÍA INTERNACIONAL DE LA MATRONA: 5 DE MAYO

El próximo 5 de mayo se celebra el Día Internacional de la Matrona, fecha que la mayoría de las comunidades españolas han adoptado en detrimento de la fecha que tradicionalmente se celebraba, desde hace algo más de dos siglos, que era el 31 de mayo, cuando se celebra la Visitación de Ntra. Señora o La Virgen Medianera. Esta conexión religiosa, dentro de un estado democrático aconfesional como es España desde 1978 con la aprobación de la última Constitución, proviene de la influencia de una tradición cristiana de más de 2.000 años.

El Consejo de la ICM, con representación y voto de la Asociación Española de Matronas, acordó, en 1992, designar este día como festivo para las matronas del mundo, jornada que este año se celebrará bajo el lema "Matronas, madres y familias: Socios para la vida".

En este año 2017 se quiere aprovechar otra nueva oportunidad para sensibilizar al público sobre el papel de las matronas. Las matronas de todo el mundo asumen que trabajar en asociación con las mujeres puede ayudar a estas y sus familias a tomar decisiones acerca de lo que necesitan para tener un parto seguro y satisfactorio. Trasladando esta asociación entre mujeres y matronas a un plano político, se puede abogar por cambios en los servicios de maternidad para garantizar que cumplan las necesidades de ambas.

¡Feliz día a todas las matronas del mundo!



CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM

La Asociación Española de Matronas (AEM) ha ofrecido a matronas y residentes, con prioridad absoluta para sus asociados, dos cursos de "Valoración del Bienestar Fetal Intraparto" que se han realizado los días 14-17 de mayo y 21-24 de mayo. Los cursos han sido impartidos por Mª Dolores Sánchez Galán, matrona con amplia experiencia docente en la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) y UU.DD de matronas de la Comunidad de Madrid y Toledo, y concretamente, en cursos de valoración materno fetal y seminarios de cardiotocografía fetal.

El compromiso de la AEM con la formación continuada de las matronas en un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente es real. Además, es obligado para los profesionales sanitarios una vez concluyen su formación académica y es de sumo interés para los que aun en formación requieren afianzar los conocimientos de su formación; de ahí el esfuerzo por ofrecer todos aquellos cursos que la profesión demanda. Una vez más, la acogida de este nuevo curso ha tenido una respuesta tan numerosa que, al haber completado el aforo y quedar en lista de espera numerosos solicitantes, previsiblemente se realizarán nuevos cursos en octubre.

Desde aquí adelantamos que para octubre, momento en el que se reanuda la actividad formativa tras el periodo estival, ya hay programados dos nuevos cursos: "Herramientas de comunicación para matronas", un curso especialmente interesante y necesario en el desempeño de las tareas de las matronas, práctico y ameno, que entremezcla una metodología participativa y dinámica combinando la formación teórica con prácticas de coaching, de hablar en público y dinámicas de alto impacto. El siguiente curso será el titulado "Ecología de la Maternidad", que abarca los principios de la ecología humana y la salud, la biología humana evolutiva y comparada, la neurobiología del apego, salud ambiental, armonización de tecnología, ciencia e intuición, etc. Un taller altamente recomendable por su interés y su atractivo desarrollo.

De todos estos cursos pueden informarse dirigiéndose a la Secretaría de la Asociación en horario de 10-14 h, en el teléfono 91 501 05 09, a través de la dirección de correo: matronas@asociacion-nacional.com o asociacionnacionalmatronas@gmail.com. o a través del boletín INFOMATRONAS.





Asistentes a los cursos de formación de la AEM

INFOMATRONAS CUMPLE UN AÑO

INFOMatronas es un boletín de periodicidad mensual creado por la Asociación Española de Matronas que permite dar a conocer noticias y compartir ideas y conocimientos de una forma ágil y directa. Recientemente ha cumplido un año, en el que mes a mes llega a un mayor número de matronas.

El boletín tiene el objetivo de dar difusión a las actividades y actuaciones más destacadas de las matronas y del entorno de la gineco-obstetricia y otras curiosidades que enriquezcan la cultura de todos y amenicen los ratos de ocio. Esta iniciativa pretende convertirse en un vehículo de comunicación dinámico y partici-

pativo, abierto a todas las matronas independientemente de que sean o no socias de la AEM y a las residentes en formación.

Ya somos varios miles los destinatarios de este boletín, cualquiera que lo solicite a través del teléfono (91 501 05 09) o de los correos de la asociación: matronas@asociacion-nacional.com o asociacionnacionalmatronas@gmail.com, lo recibirá mensualmente en su dispositivo electrónico. Y por supuesto, desde estas páginas recordamos que todas las colaboraciones son bienvenidas. Una forma más de comunicación y trabajo en común por y para las matronas.



Portadas del boletín INFOMatronas

CONGRESO INTERNACIONAL ICM

Ya está próximo a celebrarse el 31 Congreso de la ICM que este año traslada su sede itinerante a Toronto, Canada.

La "familia" heterogénea y muy numerosa que conforma actualmente la ICM, 116 asociaciones de 102 países en los cinco continentes, está llamada, previamente al desarrollo del congreso, al Consejo general de la ICM, al que acudirá como viene siendo habitual desde hace casi 40 años la Asociación Española como miembro nato y veterano de esta organización para intercambiar opiniones y criterios a fin de fortalecer a la profesión en todo el mundo.

La misión de la Confederación Internacional de Matronas es "Reforzar el papel de las asociaciones miembro y promocionar la profesión de matrona a escala

global fomentando el papel autónomo de las matronas como las profesionales de la salud más adecuadas para el cuidado de las mujeres en edad fértil y en el mantenimiento de la normalidad del parto a fin de mejorar la salud reproductiva de las mujeres y la salud de los recién nacidos y sus familias".

El tema del Congreso de 2017 que se celebra en Toronto es "Las matronas cambiando el mundo". Además, el congreso abordará un tema distinto todos los días:

- Las matronas: El cambio mediante el liderazgo.
- Las matronas: El cambio mediante las alianzas.
- Las matronas: El cambio mediante la profesionalidad.
- Las matronas: El cambio mediante el apoyo a los derechos de la mujer y de la niña.





Carteles del 31 Congreso de la ICM

Agenda - Congreso Internacional ICM

Cuatro intensos días en los que, si se cumplen las predicciones, se reunirán en torno a las 4.000 matronas también llamadas a realizar una actividad conjunta, como en cada edición del Congreso Trienal de la ICM, que busca llamar la atención de la sociedad en relación con la oferta de cuidados de las matronas y la necesidad constante de matronas en el mundo.

En esta ocasión las matronas están convocadas a asistir a una (March for More Midwives) que tendrá lugar el sábado, 17 de junio, el día anterior a la inauguración del Congreso, para apoyar a la ICM en el llamamiento global de conseguir más matronas. Las autoridades municipales están al corriente de la gran marcha que se realizará en Toronto anunciando que las matronas del mundo se van a reunir allí. Es una prioridad del Congreso que haya más matronas que reduzcan la mortalidad materna e infantil. Frances Ganges, Directora ejecutiva de la ICM, subrayó que "La evidencia demuestra que allí donde hay suficientes matronas bien formadas, es posible salvar más vidas de madres y niños". El evento constituirá la actividad preliminar al Congreso y contará con participantes procedentes de 120 países que ondearán banderas y pancartas, ataviadas con coloridos trajes para dar mayor vistosidad al acto.



AQUÍ Y AHORA DE LAS MATRONAS ESPAÑOLAS



Información: www.aesmatronas.com

Solicitada acreditación.





Descubre nuestra selección de coloridos packs en www.tienda.enfermeria21.com