



SUMARIO

- Editorial
- ¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto?
- Diseño de programas de promoción de la salud para mujeres gestantes con tecnologías de la información
- La fertilidad en el siglo XI según Trótula
- Comparación de pinzamiento precoz de cordón umbilical frente al tardío para la donación de sangre de cordón umbilical
- Programas de educación para la salud en el climaterio para disminuir los riesgos asociados a la menopausia

Echando la vista atrás:

Las matronas españolas interesadas por la entrada en el Mercado Común Europeo (mayo 1976)

Agenda:

- XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas
- Reunión trienal del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), Toronto 2017
- Marcha para atraer más matronas
- 31 Congreso de la ICM "Matronas marcando la diferencia en el mundo"
- Una matrona en el Congreso de los Diputados. La Asociación Española de Matronas integrada en AESVI
- Dos nuevas presentaciones de la campaña "Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia bebe sin"





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

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

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

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

Dirección editorial, redacción y administración:

Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 5 - nº 2 septiembre-noviembre 2017

Editorial

4

Originales

¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto?	5
Juan Antonio Torres Martínez	
Diseño de programas de promoción de la salud para mujeres gestantes con tecnologías de la información	16
María Isabel Fernández Aranda	
La fertilidad en el siglo XI según Trótula	24
María Garrido Romero, María Consuelo Cepeda Hontecillas, Ana Juliá Gisbert	
Comparación del pinzamiento precoz de cordón umbilical frente al tardío para la donación de sangre de cordón umbilical	30
Alba Díez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Paula Sáenz Cabredo, Diana Lobo Revilla	

Revisiones

Programas de educación para la salud en el climaterio para disminuir los riesgos asociados a la menopausia	36
Patricia M ^a Villa Gómez, Miriam Orellana Reyes, Gustavo Silva Muñoz	

Echando la vista atrás

Las matronas españolas interesadas por la entrada en el Mercado Común Europeo (mayo 1976)	41
---	----

Agenda

XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas	43
Reunión trienal del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), Toronto 2017	52
Marcha para atraer más matronas	55
31 Congreso de la ICM "Matronas marcando la diferencia en el mundo"	57
Una matrona en el Congreso de los Diputados. La Asociación Española de Matronas integrada en AESVI	60
Dos nuevas presentaciones de la campaña "Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia bebe sin"	63

Editorial

Matronas marcando la diferencia en el mundo

"Matronas marcando la diferencia en el mundo" ha sido el lema del último Congreso Mundial de Matronas celebrado en Toronto los pasados días 18-22 de julio. A mi juicio, difícilmente hubieran podido escoger un lema más adecuado nuestras colegas canadienses, anfitrionas de este encuentro multitudinario.

La Confederación Internacional de Matronas tiene adscritas a 500.000 matronas a través de 131 asociaciones de 113 países, pequeño número aún si contamos con que en los países presentes en esta confederación hay 1,1 millones de matronas, y precisando más, que aún quedan 80 países sin representación en la organización mundial de matronas. A pesar de todo, y de todas las que somos, se necesitan más matronas en el mundo, en España también sin duda. En nuestro propio país vemos las desigualdades entre comunidades autónomas y sabemos de las dificultades de muchas profesionales en centros hospitalarios y áreas de salud en los que el número de matronas de plantilla está muy por debajo de las necesidades reales e incluso zonas en las que ni siquiera existen. Esto es una realidad tan grande y tan grave como para que los administradores sanitarios se sonrojen y no hagan oídos sordos a una necesidad real. Sin embargo, por otra parte, nos debe llenar de orgullo como matronas, y matronas españolas, que nuestro país esté a la cabeza del mundo en resultados de salud materno-fetal.

Las matronas españolas tenemos buenas credenciales que confirman nuestra capacidad de haber sido palanca del cambio en materia de salud materno-fetal (sin olvidar a otros profesionales del equipo gineco-obstétrico, principalmente). Por ello, estaría justificada una buena dosis de autoestima siempre que sea la justa a la implicación de cada una/o, pero sin instalarnos en la autocomplacencia, sino en el trabajo continuo para seguir dando lo mejor a mujeres y familias, que al fin son nuestro objetivo y nuestra razón de ser profesional. Las matronas, aunque nuestra dirección debiera ser siempre hacia adelante, debemos mirar con frecuencia "el retrovisor" para conocer y agradecer a muchas/os que nos han precedido las cosas con-

seguidas con tenaz esfuerzo antes de que algunas/os llegaran, o llegáramos, y encontráramos un panorama de gran bonanza en la asistencia materno-infantil. Esta situación actual no es fruto de la suerte, ni de experimentos peregrinos sino, y fundamentalmente, aparte de circunstancias socioeconómicas, culturales y técnicas favorables, de años de superación en la formación del colectivo de matronas. Desde hace muchos años, la formación de matronas en España es una de las mejores en el ámbito mundial, ya que ha conseguido introducir en el mercado laboral matronas con las suficientes e imprescindibles destrezas, habilidades y conocimientos adquiridos en su formación, como para desempeñar el cuidado y atención a las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital desde el momento de su graduación. Eso sí, sin perder de vista que el contenido ético de su ejercicio, que aporta la plenitud profesional, solo lo alcanza quien conjuga ciencia, técnica y ética en la justa proporción.

Más allá de nuestro primordial quehacer cotidiano, las matronas también tenemos que exigir una política de altura que considere la atención sexual y reproductiva un bien preferente y que su promoción sea considerada una política de estado con directrices claras que se integren en las estrategias centrales del país y que no varíen aunque cambie el color político-ideológico de cada gobierno que acceda al poder.

La Asociación Española de Matronas tiene el orgullo de haber liderado en los últimos 40 años gran parte de este cambio y allí, en Toronto, quienes dirigimos esta asociación sentimos al mirar una vez más alrededor, la recompensa al esfuerzo de tantos años de trabajo en pro de las matronas españolas, porque realmente ya hemos marcado la diferencia en nuestro país y en el mundo, y seguiremos haciéndolo "si los vientos, desde dentro y desde fuera, nos son favorables".

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de Matronas Hoy

Juan Antonio Torres Martínez

¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto?

Matrón colegiada en la Comunidad Valenciana

E-mail: juanantorres88@hotmail.com

Resumen

Introducción/objetivo: es un hecho que en España en los últimos 10 años se han realizado cambios en la asistencia y atención al parto cuyo punto de arranque fue La Carta de Madrid (2005), posteriormente la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2008) y otros documentos e iniciativas sucesivamente. Todos ellos han estado centrados en garantizar y fortalecer una asistencia segura y digna al nacimiento e instando a la recuperación y reapropiación de la mujer en su embarazo y en su parto, que no solo comporta aplicar las mejores evidencias científicas en la asistencia profesional, sino la implicación activa de las mujeres en la toma de decisiones. Esto requiere actitudes positivas y conocimientos adecuados que a la vez retroalimenten el conocimiento de los profesionales para proponer cambios destinados siempre a incrementar la calidad, efectividad y satisfacción en la asistencia.

El objetivo es conocer los componentes de la actitud ante el parto de las mujeres gestantes con embarazo a término (> 37 SG) atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva (Valencia) entre el 15 de julio de 2015 al 15 de septiembre de 2015.

Material y métodos: estudio observacional transversal. Para la recogida de datos se crea un formulario *ad hoc*. Se realiza un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, obstétricas, de los componentes de la actitud de la mujer gestante (cognitivo, afectivo y conductual) y de la implicación de su pareja.

Resultados: descripción detallada de los componentes actitudinales (cognitivo, afectivo y conductual) de las mujeres gestantes, cuyas características obstétricas y sociodemográficas son: mujer nulípara (65,3%), de 39 SG y embarazo de bajo riesgo (55,1%). 67,4% en el rango de edad 30 y 39 años, (39,4%), con estudios universitarios, asalariadas (60%), casadas (70,5%) y españolas (91,6%).

Discusión y conclusiones: a pesar de todos los cambios realizados por los profesionales y administraciones de salud, las actitudes de las mujeres no responden al cambio de estrategias. Los profesionales de la salud han de tomar un papel activo en todo momento ya desde la captación, para promover la imprescindible participación comunitaria en la que la mujer, figura clave del parto, debe asumir una actitud favorable y de responsabilidad con su propio proceso.

Palabras clave: mujeres embarazadas; actitud frente a la salud; conducta materna; centros de asistencia al embarazo y al parto; conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Abstract

Which is the attitude of pregnant women towards labor?

Introduction/objective: it is a fact that during the past 10 years, there have been changes in Spain regarding care and assistance during labor; the starting point was La Carta de Madrid ("The Madrid Letter") (2005), followed by the Strategy for Care in Normal Delivery by the Ministry of Health (2008), and other subsequent documents and initiatives. All these have been focused on ensuring and strengthening a safe and decent care for birth, and encouraging the recovery and re-appropriation by women of their pregnancy and labor, which not only involves applying the best scientific evidence in professional care, but also an active involvement of women in decision making during their process. This requires positive attitudes and adequate knowledge, which in turn will provide feedback for professional knowledge, in order to suggest changes always targeted to increasing the quality and efficacy of care, and the satisfaction with it.

The objective is to understand the components of the attitude towards labor in pregnant women with delivery at term (> 37 GWs) managed at the Obstetrics and Gynaecology Unit of the Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva (Valencia) between July, 15th, 2015 and September, 15th, 2015.

Material and methods: an observational transversal study. An *ad hoc* form was prepared for data collection. There was a descriptive analysis of sociodemographical and obstetric variables, of the components of the attitude of pregnant women (cognitive, emotional and behavioural) and of the level of involvement by their partners.

Results: a detailed description of the attitude components (cognitive, emotional and behavioural) of pregnant women, with the following obstetric and sociodemographical characteristics: nulliparous women (65.3%), with 39 GWs and low-risk pregnancy (55.1%). 67.4% within the 30-to-39-year old range, 39.4% with university education, with paid employment (60%), married (70.5%) and Spanish (91.6%).

Discussion and conclusions: despite all changes conducted by health professionals and administrations, women attitudes are not responding to the change in strategies. Health professionals must take an active role at all times, since the initial screening, in order to promote an essential community involvement where women, the key figures in labor, must adopt a favourable attitude, and become responsible for their own process.

Key words: pregnant women; attitude towards health; maternal behaviour; centres for assistance to pregnancy and labor; health knowledge, attitudes and practice.

Introducción

Durante estos últimos diez años se han realizado muchos cambios en cuanto a la asistencia y atención al parto en España. La Carta de Madrid en 2005 es el punto de partida donde comienza todo este proceso de cambio, uno de los objetivos primordiales era el de garantizar y fortalecer una asistencia segura y digna al nacimiento, llevando a cabo un plan de acción cuyo centro de atención era conseguir la recuperación y reapropiación de la mujer de su embarazo y de su parto, haciéndolas más conscientes de las consecuencias de sus decisiones relacionadas con la maternidad y movilizándolas con el fin de lograr un cambio de conducta en ellas¹. Poco más tarde, en 2008, se publica la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, con una serie de recomendaciones basadas en las mejores evidencias científicas disponibles hasta ese momento y queriendo con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención que se presta en el parto normal en España, publicando la *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*, y tratando de incrementar la satisfacción tanto de profesionales como de las mujeres y sus familias². La cuestión es conocer si actualmente las actitudes de las mujeres gestantes son acordes a estos cambios.

La actitud se puede definir como "una manera de estar o posicionarse en el mundo". Otra definición es: "una respuesta valorativa, relativamente estable, ante un objeto, que tiene componentes y consecuencias importantes para el individuo y/o el grupo". A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos. Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de manera activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.

Estos son los tres componentes que forman las actitudes:

- Componente cognitivo: creencias y conocimientos.
- Componente afectivo: sentimientos y emociones.
- Componente conductual: experiencias en comportamientos (anteriores o no) o acciones ante el sujeto u objeto.

Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto³⁻⁵.

Ya en 2006, nuestra compañera matrona María Isabel Castelló, exponía en Oviedo la forma en que la matrona debe cuidar de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital, especialmente durante la gestación, el parto y el puerperio. Seis fueron sus premisas principales, y estas fueron las siguientes: conocer cómo se expresan las emociones; conocer cómo son las actitudes; conocer los factores que influyen en la vivencia emocional; realizar educación para la Salud, tanto en el ámbito individual como grupal y conocer las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la atención al parto normal⁶.

Para el logro de una atención prenatal satisfactoria son necesarias las actitudes positivas y los conocimientos adecuados en las mujeres gestantes⁷, por tanto, es importante conocer la situación actual. Una vez descrita se podrá tomar las decisiones más apropiadas para incrementar la calidad de la atención profesional.

El objetivo general de este estudio es el siguiente:

- Conocer cuáles son los componentes de la actitud ante el parto de las mujeres gestantes con embarazo a término (> 37 SG) que acuden al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia) durante el periodo del 15 de julio de 2015 al 15 de septiembre de 2015.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Conocer el nivel de información que tienen las mujeres gestantes sobre el proceso completo de gestación, parto y puerperio.
- Describir cuál es el estado emocional más frecuente durante el proceso de embarazo y ante el parto.
- Identificar las acciones (informativas y formativas) realizadas por las mujeres gestantes durante el embarazo y ante el parto y puerperio.

Y como objetivo secundario se ha planteado el siguiente:

- Conocer la implicación de la pareja durante el proceso de embarazo.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio observacional transversal.

Ámbito del estudio

Mujeres gestantes del Departamento 14 de Salud de la Comunidad Valenciana.

Población de estudio

Mujeres gestantes con embarazo a término que acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva durante el periodo de 15 de julio de 2015 al 15 de septiembre de 2015.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes con embarazo a término (> 37 SG).

- Aceptación de la participación en el estudio tras recibir la información verbal sobre el mismo (consentimiento informado).

Crterios de exclusión

- Toda mujer gestante que por barrera idiomática sea difícil la comprensión del lenguaje.

Recogida de datos

Para la recogida de datos se crea un formulario *ad hoc* diseñado específicamente para este estudio (Anexo 1) que se cumplimentó de forma anónima, donde solo consta un número de registro.

Tamaño muestral

Se han entregado 101 formularios en este periodo de tiempo, tres de ellos han sido considerados datos perdidos por no haber sido devuelto por la mujer gestante tras habérselo entregado.

Al no haber estudios previos similares sobre este campo, la proporción esperada es de 0,5, con lo cuál se puede asumir una precisión de 0,1 con un nivel de confianza del 95%.

Variables del estudio

• Sociodemográficas:

- Centro de salud al que pertenece.
- Edad, nivel de estudios, estado laboral y civil.
- Nacionalidad.

• Obstétricas:

- Número de gestaciones, abortos, partos y cesáreas.
- Edad gestacional.
- Evolución de su gestación: bajo riesgo (0) o de riesgo (1, 2 y 3).

• De los componentes de la actitud de la mujer gestante:

- Cognitivas:

- Motivo de elección del hospital y conocimiento del modelo de atención al parto que se realiza en el mismo.
- De quién reciben esta información.
- Valoración durante el embarazo de los siguientes ítems: respeto del plan de parto, presencia de su pareja/familiar en cualquier situación, acompañamiento de las matronas, recibir información durante todo el proceso y administración de analgesia epidural lo antes posible.

- Afectivas:

- Nivel de afectación ante el parto de los siguientes ítems: estado de salud de su hijo/a al nacer, administración de analgesia epidural, dolor en el parto, acompañamiento de su pareja/familiar, cuidados/lactancia de su hijo/a, tener intimidad, poder movilizarse en la dilatación, saber cuándo debe acudir al hospital, su propio estado de salud, ser informada en cada momento, realización de episiotomía, ser separada de su hijo al nacimiento, ser rasurada, administración de enema, poder elegir su posición deseada para parir, canalización de una vía intravenosa, que su pareja pueda cortar el cordón umbilical.
- Sentimientos o emociones vividas durante el embarazo.
- Sentimientos o emociones vividas en las últimas semanas de embarazo.

- Conductuales:

- Asistencia o no (motivos) al curso de educación materna/paterna realizado en su CS y número de sesiones.
- Búsqueda de información acerca del proceso de embarazo, parto y crianza; y fuente de la información.

• De la implicación de su pareja:

- Acompañamiento de su pareja durante los controles de embarazo.
- Participación de su pareja en las actividades dirigidas al embarazo.

Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, obstétricas, de los componentes de la actitud de la mujer gestante (cognitivo, afectivo y conductual) y de la implicación de su pareja.

Los datos han sido procesados con el programa estadístico SPSS 15.0.

En el análisis de los resultados de las escalas tipo *Likert* (de 1 a 5) se han agrupado los valores extremos para facilitar la interpretación de los resultados.

Aspectos éticos

El protocolo completo del estudio ha sido valorado y aceptado por la Comisión de Investigación y Docencia y por el Comité de Ética del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia).

Se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y Derechos y Obligaciones en materia

de Información y Documentación Clínica; el Código Deontológico (CD) de la Confederación Internacional de Matronas, el CD de la Asociación Española de Matronas y la Declaración de Helsinki

La participante o su representante pudieron decidir en cualquier momento abandonar el estudio y que se eliminasen sus datos del mismo.

Resultados

Características sociodemográficas de los sujetos estudiados

El Departamento de Salud está dividido en 17 Zonas Básicas de Salud (ZBS), 14 de ellas tienen como hospital de referencia el H. Lluís Alcanyis de Xàtiva (92,9% de la muestra), mientras que las otras tres ZBS tienen como hospital de referencia el de Ontinyent (7,1%).

El 67,4% comprendían una edad de entre 30 y 39 años, en su gran mayoría con estudios universitarios (39,4%), asalariadas (60%), casadas (70,5%) y españolas (91,6%). El resto era de países del este (5,3%) y africanas (3,1%).

Perfil obstétrico de la muestra

Mujer nulípara (65,3%), de 39 semanas de gestación y embarazo de bajo riesgo (55,1%).

Dentro de las gestaciones de riesgo (44,9%) destacan las alteraciones tiroideas con un 19,4% del total de gestaciones y el resto corresponde a otros tipos de patologías (25,5%).

Componentes de la actitud de la mujer gestante

En el ámbito cognitivo

El motivo por el cual han elegido este hospital para la atención de su parto es en su gran mayoría porque les corresponde por zona (70,4%), frente a un 17,3% que escogió la opción de que les gusta como se atiende el parto en este hospital. Un 6,12% marcó ambas respuestas, ya que la pregunta realizada daba opción a respuestas múltiples.

A pesar de que lo eligieron porque era el de referencia, el 78,7% de las mujeres gestantes se informó del tipo de atención al parto que se realiza en este hospital. Dentro de estas, se preguntó quién le había informado de ello, con posibilidad de respuesta múltiple. Los resultados se muestran en el Gráfico 1.

En cuanto a la valoración de qué es importante o muy importante para la mujer gestante en el momento de atender su parto, se muestran los resultados en el Gráfico 2.

En el ámbito afectivo

En el Gráfico 3 se muestra el nivel de afectación ante el parto de las mujeres gestantes (se muestran las respuestas marcadas como "le preocupa" o "le preocupa mucho" en cada una de las variables descritas).

En el Gráfico 4 se muestran los sentimientos o emociones vividas durante el embarazo y en las últimas semanas de embarazo (habiendo obtenido como respuesta: "bastante" o "mucho").

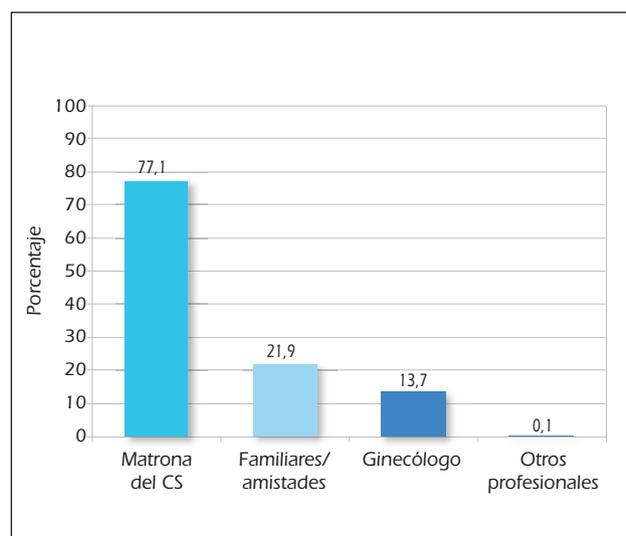


Gráfico 1. ¿Quién ha informado a las mujeres gestantes del tipo de atención al parto que se realiza en el Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva?

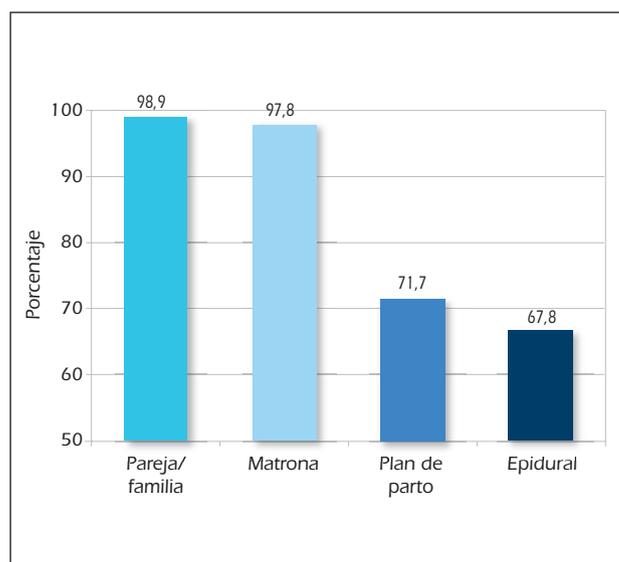


Gráfico 2. ¿Qué es importante o muy importante para las mujeres gestantes en el momento de atender su parto?

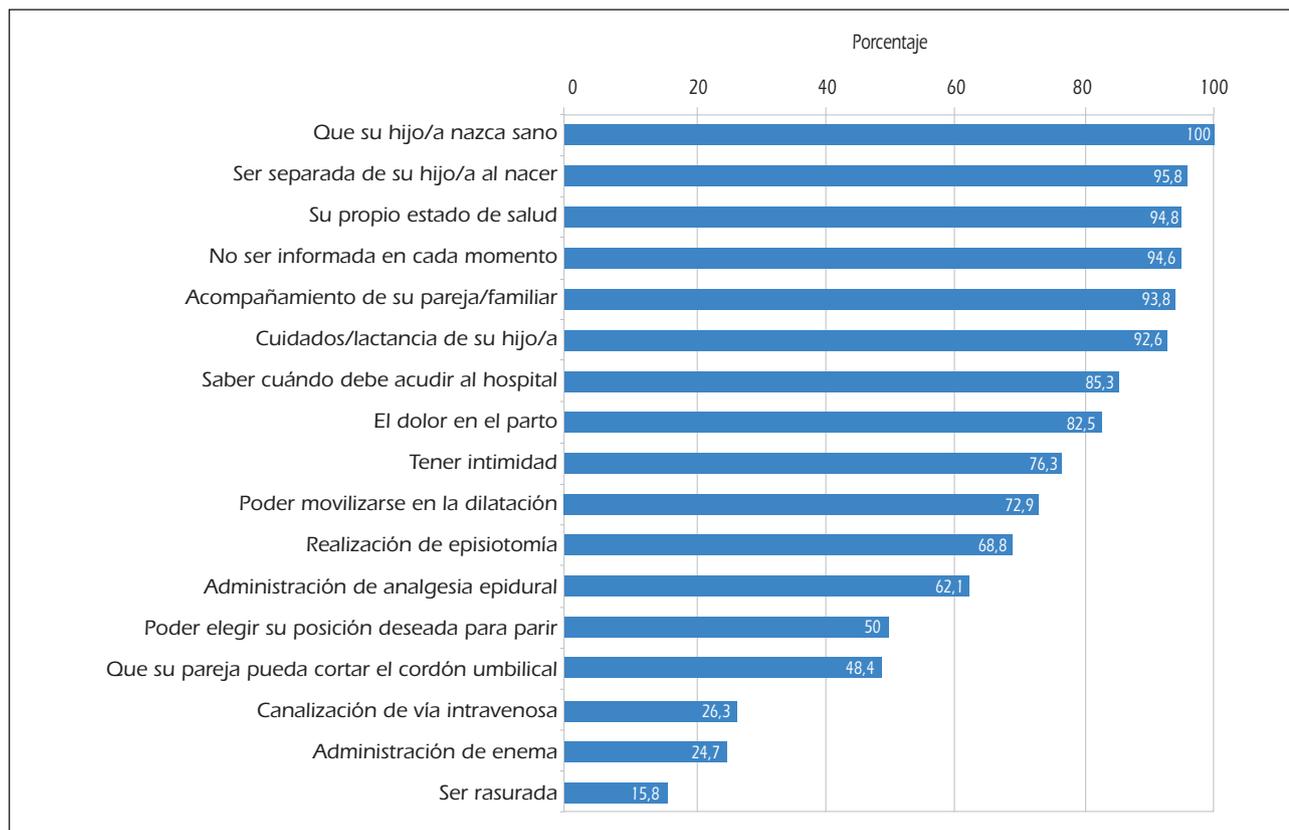


Gráfico 3. Nivel de afectación ante el parto de las mujeres gestantes (se muestran las respuestas marcadas como "le preocupa" o "le preocupa mucho" en cada una de las variables descritas)

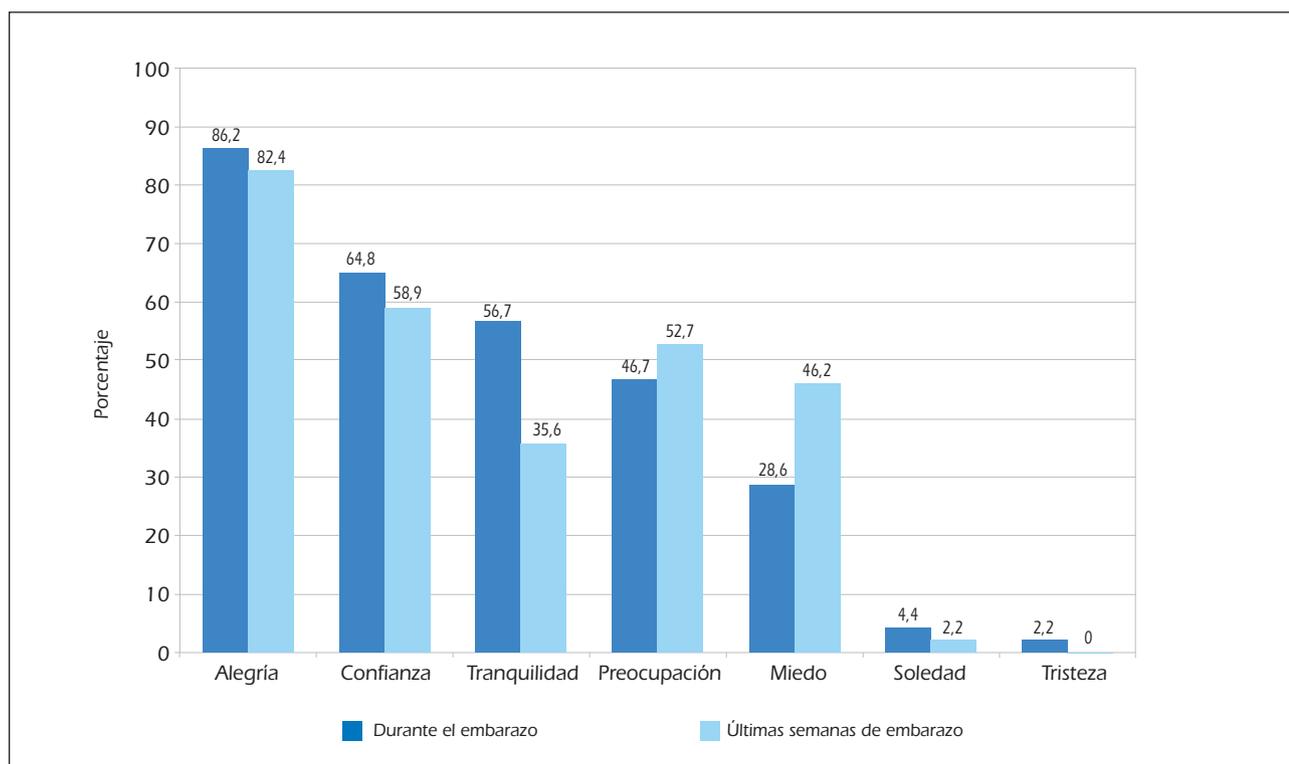


Gráfico 4. Sentimientos o emociones vividas durante el embarazo y en las últimas semanas de embarazo (habiendo obtenido como respuesta: "bastante" o "mucho")

En el ámbito conductual

Un 68,7% de las mujeres gestantes ha asistido al curso de educación materna/paterna ofertado en su centro de salud, de estas la media de asistencia al curso ha sido de cinco o seis sesiones (media de 5,33).

De las mujeres gestantes que no asistieron a dicho curso, los motivos fueron los siguientes: "el horario no era compatible con su trabajo" (32,1%); a continuación le sigue "no lo consideró necesario" y "no tenía tiempo" (empatadas con un 21,4% cada una de estas opciones); en cuarto lugar escogieron "la matrona no me informó de ello" (17,9%); y por último, con un 7,1%, "la matrona estaba de vacaciones".

La gran mayoría de ellas (90,6%) ha buscado información acerca del proceso de embarazo, parto y crianza. Los lugares donde se informaron se muestran en el Gráfico 5.

De las que no han buscado información, el motivo predominante fue porque ya tenían experiencia previa (77,8%).

Implicación de su pareja

La gran mayoría de las mujeres gestantes es acompañada por su pareja (alguna vez o siempre) durante los controles de embarazo (94,7%).

El 66% de las parejas participó en alguna de las actividades dirigidas al embarazo. A estos, se les preguntó en qué forma habían participado, dando opción a respuestas múltiples. La gran mayoría hizo "búsqueda de información" (83,9%), un 29% de ellos acudió a educación maternal, y un 14,5% lo hizo de otra forma (masajes, videos, asistencia a ecografías...).

Todos ellos han hablado con su pareja de los temas que le han preocupado durante el embarazo y de cara al parto y crianza.

Discusión

Este estudio trata de describir las actitudes de las mujeres gestantes durante el embarazo y de cara al parto para, una vez descrita, poder tomar las decisiones más apropiadas para incrementar la calidad de la atención profesional.

En este estudio se describe una población concreta de un único Departamento de Salud, y aunque el perfil obstétrico de la muestra obtenida se ajusta a la realidad actual de la población general, sería recomendable analizar la situación actual en el resto del país.

Tras haber realizado una amplia búsqueda bibliográfica, no se han encontrado estudios similares sobre este tema, a pesar de ello, se hizo un análisis de la bibliografía relacionada con este campo, reafirmando muchos de los resultados obtenidos en este estudio. Por tanto, se considera necesario seguir investigando sobre este tema, con el fin de mejorar la asistencia que se ofrece a las mujeres gestantes.

El embarazo es un estado de ambivalencias afectivas, conociendo estos sentimientos es posible adaptar los consejos y las informaciones para ayudar al cambio de actitudes ante la maternidad. Es indudable que el referente educacional (creencias y valores) que la mujer y su pareja tienen, desempeña un papel importante a la hora de tener una vivencia favorable o no del parto y crianza. Esta situación obliga a los servicios de salud a fortalecer los programas educativos adaptándose a la multiculturalidad de la sociedad actual⁷⁻¹⁰, creando iniciativas y campañas destinadas a promocionar la salud de las mujeres gestantes¹¹⁻¹⁴.

Conclusiones

Las mujeres gestantes eligen este hospital porque es el que les corresponde por zona, sin implicarse en saber cómo se

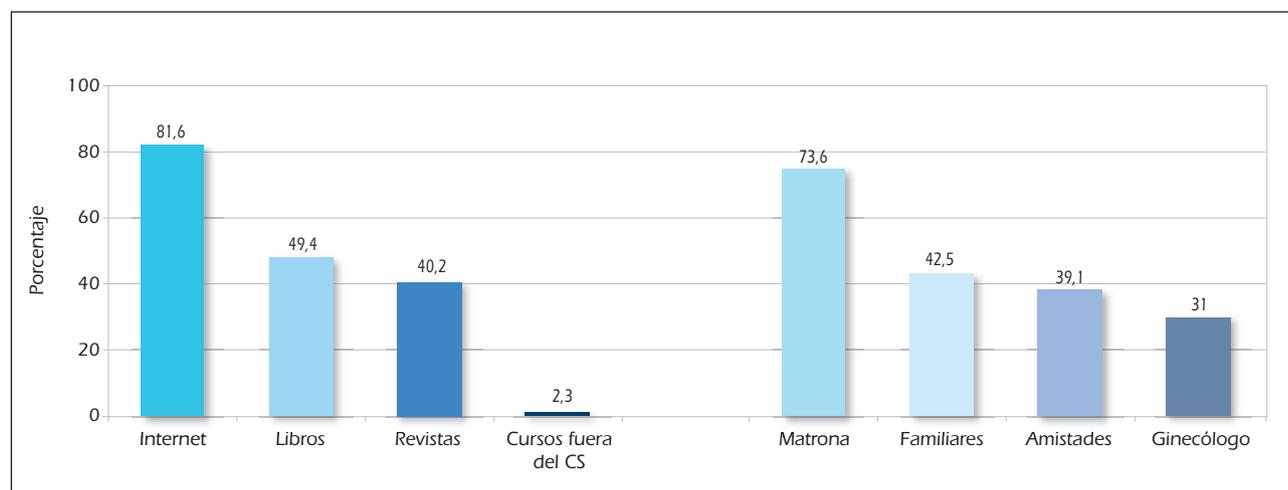


Gráfico 5. Fuentes de información donde la mujer gestante ha buscado acerca del proceso de embarazo, parto y crianza

trabaja en él, a pesar de ser la matrona su gran referente a la hora de recibir este tipo de información. Sería conveniente que las matronas de todos los centros de salud aportaran la máxima información sobre el hospital y sobre las distintas opciones que pueden demandar, tanto en este centro como en otros, y así aumentar su conocimiento sobre este campo.

Respecto a sus expectativas de cara al parto se puede afirmar que lo más importante para ellas es que su pareja/familiar pueda entrar con ella y que la matrona le acompañe e informe durante todo el proceso, quedando claramente en un segundo escalón tanto el llevar a cabo su plan de parto como la administración de analgesia epidural. Aquí queda reflejada la importancia del acompañamiento (una de las labores principales de la matrona). Es algo que todos saben, pero a veces se olvida, hay que ser consciente de lo que juntos van a vivir, las parejas son muy importantes para ellas y es una vivencia que siempre recordarán, es preciso hacer que sea la mejor de sus vidas.

Para la mujer gestante, lo más importante es todo lo relacionado con su hijo (que nazca sano, que no le separen de él/ella...). Después de ello, cabe destacar que el acompañamiento de su pareja/familiar o ser informada en todo momento adquiere un nivel de afectación en la mujer gestante tan elevado como pueda ser su propio estado de salud. Sin embargo, a pesar de lo que se pueda pensar, la administración de analgesia epidural ocupa un escalón muy inferior.

El sentimiento general que despierta la vivencia del embarazo es la alegría, seguido de confianza y tranquilidad. Sin embargo, cabe destacar que a final del embarazo el sentimiento de miedo y de preocupación es bastante más elevado que durante el embarazo⁶. La matrona es el profesional más cercano que tienen durante este proceso, se ha de ser capaz de aportar la tranquilidad que necesitan, transmitir confianza y tratar de conseguir que su estado emocional mejore.

En el ámbito conductual se observa que casi un tercio de las mujeres gestantes no acuden al curso de educación materna/paterna. No se puede permitir que los motivos de ello sean porque la matrona no les haya informado de ello, porque no lo consideren necesario o porque el horario no era compatible con su trabajo, se ha de realizar una buena captación de las mujeres gestantes y adaptarnos a sus necesidades. Otro de los motivos que han contestado a pesar de no aparecer entre las respuestas posibles es que la matrona estaba de vacaciones y no ha sido sustituida por otra, se las está dejando abandonadas en muchas ocasiones durante un mes, seguro que existen mejores soluciones para afrontar esta situación que vivimos cada año.

De las que acuden a este curso, la gran mayoría realiza pocas sesiones, quizás uno de los motivos pueda ser porque el contenido sea inapropiado y no cumplan sus expectativas. Además, se ha de incluir a sus parejas desde el principio,

muy pocos de ellos asisten a este curso, y es que este no trata únicamente de preparar a la mujer para el momento del parto, sino todo el proceso de embarazo, parto y crianza, tratando de fortalecer los nuevos roles que asumirán con un miembro más en la familia.

La matrona es el mejor profesional para llevar a cabo esta tarea, no se puede dejar de lado estas funciones, especialmente ahora que otras profesionales desean abarcar este sector^{15,16}.

La búsqueda de información que realizan las mujeres gestantes acerca del embarazo, parto y crianza, predominantemente lo hacen mediante búsqueda en internet y consultando a su matrona, corroborando la bibliografía encontrada¹⁷. Destaca que consulten a familiares, incluso amistades, antes que al ginecólogo.

A pesar de todos los cambios realizados por los profesionales y desde los propios organismos, hospitalarios y gestores, las actitudes de las mujeres no son lo esperado tras llevar a cabo dichas estrategias. ¿Qué se ha hecho mal? ¿Son las mujeres las culpables de esta situación? Lo cierto es que se ha mejorado ciertas cosas, pero aún queda mucho por hacer, y no podemos estancarnos en este largo camino. Los profesionales de la salud han de asumir un papel activo en todo momento, especialmente en la captación, deben de promover la participación comunitaria y hacer partícipes de la situación a las mujeres, tratando de conseguir una actitud favorable y de responsabilidad con su propio proceso^{9,15,16}.

Financiación

Para la realización del estudio no ha existido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

El autor del estudio declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las mujeres gestantes que participaron en el estudio, ya que son el motor principal por y para el que dedico mi labor profesional.

A todas las matronas, residentes de matrona y demás profesionales del H. Lluís Alcanyis de Xàtiva que colaboraron durante la recogida de datos; y a mi tutora por el ánimo y motivación a que investiguemos.

Al profesorado de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) y del Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana, ya que gracias a ellos he adquirido los conocimientos necesarios para llevar a cabo este estudio.

Bibliografía

1. La Carta de Madrid. Por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo. Asociación Española de matronas; 2005. [citado 15 jul 2017]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/LA_CARTA_DE_MADRID_ESPANOL.pdf
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
3. Lamberte J. Psicología Social. 2ª ed. Madrid: Ed. Pirámide; 1986.
4. Wukmir VJ. Emoción y sufrimiento. Barcelona: Ed. Labor; 1986.
5. Castelló López MI. Cambio de actitudes en el embarazo, parto y postparto. Aplicación de técnicas psicoterapéuticas en la educación maternal. *Matronas Hoy*. 1997; 9:26.
6. Castelló López MI. Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio. *Matronas Hoy*. 2006.
7. Valadez Figueroa I, Alfaro Alfaro N, Celis de la Rosa AJ. Predictores de utilización de la atención prenatal. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 2005; 35(4):185-91.
8. Lorén Guerrero L, Millán Barreiro MP. Vivencias y experiencias de la maternidad. Una revisión de relatos biográficos. *Archivos de la Memoria*. 2011; 8:3.
9. Tucker K, Ochoa H, García R, Sievwright K, Chambliss A, Baker MC. The acceptability and feasibility of an intercultural birth center in the highlands of Chiapas, Mexico. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Apr(16);13:94.
10. Agus Y, Horiuchi S. Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; (21);12:9.
11. Krzepota J, Putek-Szeląg E. Nutritional habits in the light of general health behaviours of pregnant women. *Ann Agric Environ Med*. 2014; 21(2):425-8.
12. Ferrari RM, Siega-Riz AM, Evenson KR, Moos MK, Carrier KS. A qualitative study of women's perceptions of provider advice about diet and physical activity during pregnancy. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun; 91(3):372-7.
13. Choudhury N, Moran AC, Alam MA, Ahsan KZ, Rashid SF, Streetfield PK. Beliefs and practices during pregnancy and childbirth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *BMC Public Health*. 2012; Sept(17);12:791.
14. Santelli JS, Speizer IS, Avery A, Kendall C. An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *Am J Public Health*. 2006 Nov; 96(11):2009-15.
15. Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeed Med*. 2011 Dec; 6(6):413-20.
16. Kaso M, Addisse M. Birth preparedness and complication readiness in Robe Woreda, Arsi Zone, Oromia Region, Central Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2014; (20):11:55.
17. Szwajcer EM, Hiddink GJ, Maas L, Koelen MA, van Woerkum CM. Nutrition-related information-seeking behaviours of women trying to conceive and pregnant women: evidence for the life course perspective. *Fam Pract*. 2008 Dec; 25 Suppl 1:i99-104.

Anexo 1

Documento de recogida de datos para el estudio de los componentes de la actitud de las mujeres gestantes ante el parto

Nº RGTO: _____

FECHA: _____

DATOS DE LOS PROFESIONALES

Matrona: _____

C. SALUD: I

H.DÍA / EXPECTANTES: _____

EIR: _____

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PACIENTE

1. Edad:
2. Estudios: SE__ Básico__ Bachillerato__ FP__ Universitario__
3. E. Laboral: T. domésticas__ Desempleado__ Asalariado__ Autónomo__
4. E. Civil: Casada__ Pareja__ Sin pareja__
5. Nacionalidad: _____
6. Población de residencia: _____

B. DATOS OBSTÉTRICOS

7. Fórmula: G__ A__ P__ CS__
8. Edad gestacional: SG__ Días__
9. Evolución gestación: _____

C. PERFIL DE SELECCIÓN DEL HOSPITAL

(A continuación, conteste las siguientes preguntas. Puede marcar más de una opción)

10. ¿Qué le ha motivado a elegir este hospital para la atención de su parto?
 - a) Es el hospital que me corresponde por zona
 - b) Me gusta cómo se trabaja en este hospital
 - c) No sabía que se podía elegir otro hospital
 - d) Otras (especifique): _____
11. ¿Se ha informado del tipo de atención al parto que se realiza en este hospital?
 - a) Sí
 - b) NoSi su respuesta es Sí conteste a la siguiente pregunta:
 - 11 b. ¿Quién le ha informado?
 - a) Matrona del CS
 - b) Ginecólogo
 - c) Otro profesional (indique cuál):
 - d) Familiares/amistades
12. ¿Qué es para usted lo más importante en el momento de atender su parto?

De las siguientes opciones, puntúe del 1 al 5 según el grado de importancia, siendo el 1 nada importante, 2 poco importante, 3 me da igual, 4 importante y 5 muy importante.

 - a) Que respeten mi plan de parto: 1 2 3 4 5
 - b) Que dejen entrar a mi pareja/familiares en cualquier situación: 1 2 3 4 5
 - c) Que las matronas me acompañen e informen durante todo el proceso: 1 2 3 4 5
 - d) Que me pongan la epidural lo antes posible: 1 2 3 4 5

D. ACTIVIDADES REALIZADAS

13. ¿Ha asistido al curso de educación maternal ofertado en su centro de salud?
 - a) Sí, nº de sesiones: _____
 - b) No. Indique el motivo:
 - No lo consideré necesario

- No tenía tiempo
- La matrona no me informó de ello
- El horario no era compatible con mi trabajo
- He optado por contratar un curso de forma privada

14. ¿Ha buscado información acerca del proceso de embarazo, parto y crianza?

a) Sí ¿Dónde?

- Libros
- Internet
- Matrona
- Cursos fuera del CS
- Revistas
- Ginecólogo
- Familiares
- Amistades

b) No. Indique el motivo:

- Ya tenía experiencia previa
- No tenía tiempo
- No lo vi necesario
- Otros:

15. ¿Qué temas le preocupaban o preocupan más de cara al momento del parto?

De las siguientes opciones, puntúe del 1 al 5 según el grado de preocupación, siendo el 1 no le preocupa, 2 le preocupa poco, 3 me da igual, 4 me preocupa y 5 me preocupa mucho.

- a) Que mi hijo/a nazca sano/a:..... 1 2 3 4 5
- b) Que me pongan la epidural:..... 1 2 3 4 5
- c) El dolor en el parto:..... 1 2 3 4 5
- d) El acompañamiento de mi pareja:..... 1 2 3 4 5
- e) Cuidados / lactancia de mi hijo/a:..... 1 2 3 4 5
- f) Que respeten mi intimidad:..... 1 2 3 4 5
- g) Que me permitan tener movilidad:..... 1 2 3 4 5
- h) Saber cuándo debo acudir al hospital:..... 1 2 3 4 5
- i) Mi propio estado de salud:..... 1 2 3 4 5
- j) Que no me informen en cada momento:..... 1 2 3 4 5
- k) Que me hagan episiotomía:..... 1 2 3 4 5
- l) Que me separen de mi hijo cuando nazca:..... 1 2 3 4 5
- m) Que me rasuren:..... 1 2 3 4 5
- n) Que me pongan un enema antes del parto:..... 1 2 3 4 5
- ñ) Que pueda elegir mi posición deseada para parir:..... 1 2 3 4 5
- o) Que me canalicen una vía intravenosa:..... 1 2 3 4 5
- p) Que mi pareja pueda cortar el cordón umbilical:..... 1 2 3 4 5

E. ESTADO EMOCIONAL

Para contestar a las siguientes preguntas, puntúe del 1 al 5 cada uno de los apartados, siendo el 1 nada, 2 poco, 3 normal, 4 bastante y 5 mucho.

16. ¿Recuerda cómo se ha sentido durante el embarazo?

- a) Con miedo. 1 2 3 4 5
- b) Con alegría. 1 2 3 4 5
- c) Con tranquilidad. 1 2 3 4 5
- d) Con tristeza. 1 2 3 4 5
- e) Con preocupación. 1 2 3 4 5
- f) Con confianza. 1 2 3 4 5
- g) Con soledad. 1 2 3 4 5

17. En estos momentos, ¿qué sentimientos o emociones está viviendo?

- a) Miedo. 1 2 3 4 5
- b) Alegría. 1 2 3 4 5
- c) Tranquilidad. 1 2 3 4 5
- d) Tristeza. 1 2 3 4 5
- e) Preocupación. 1 2 3 4 5
- f) Confianza. 1 2 3 4 5
- g) Soledad. 1 2 3 4 5

F. IMPLICACIÓN DE LA PAREJA**18. ¿Te ha acompañado tu pareja durante los controles de embarazo?**

- a) Sí, siempre
- b) Sí, alguna vez
- c) No, nunca

19. ¿Ha participado tu pareja en alguna de las actividades dirigidas al embarazo?

- a) Sí. ¿En cuáles?
 - Educación maternal _____
 - Búsqueda de información _____
 - Otras: _____
- b) No

20. ¿Has hablado con tu pareja de los temas que te han preocupado durante el embarazo o te preocupan en este momento de cara al parto y crianza?

- a) Sí
- b) No. ¿Por qué? _____

Diseño de programas de promoción de la salud para mujeres gestantes con tecnologías de la información

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

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

Resumen

Introducción: cuando se diseña un programa para promoción de la salud mediante mensajes de texto/Whatsapp no existe una metodología clara que asegure obtener los mejores resultados en cuanto a eficiencia en la comunicación y modificación de conductas sanitarias.

Objetivo: diseñar una metodología clara que permita a la matrona crear programas de promoción de la salud mediante envío de mensajes de texto/Whatsapp para mujeres gestantes y puérperas de forma que potencialmente se obtengan los mejores resultados en cuanto a su efectividad y adherencia.

Método: búsqueda bibliográfica de trabajos que contengan o analicen metodologías de trabajo seguidas en programas de promoción de la salud mediante el uso de mensajes de texto como elemento de comunicación y se apliquen a mujeres gestantes, publicados entre los años 2000 y 2016.

Resultados: se encontraron 180 artículos y estudios relacionados, de los que se seleccionaron nueve. Posteriormente se amplió el estudio también a los artículos incluidos en el criterio de inclusión dos (21 artículos) para ponderar el cambio conductual generado.

Conclusiones: se ha obtenido un procedimiento con 11 pasos a seguir que abarca desde el análisis de los objetivos de la comunicación hasta la cuantificación a análisis de los resultados.

Palabras clave: teléfono móvil; SMS; mensajería de texto; resultados de la atención; proceso de atención.

Abstract

Design of health promotion programs for pregnant women with information technologies

Introduction: when designing a health promotion program through text messages / Whatsapp, there is no clear methodology that will ensure obtaining the best results regarding efficiency in communication and modification of healthcare behaviours.

Objective: to design a clear methodology which will allow the midwife to create health promotion programs through sending text messages / Whatsapp for pregnant and puerperal women, in order to potentially obtain the best results in terms of efficacy and adherence.

Method: a bibliographic search of articles containing or analyzing work methodologies followed in health promotion programs through the use of text messages as communication element, and that apply to pregnant women, that have been published between 2000 and 2016.

Results: one hundred and eighty (180) articles and associated studies were found, and nine of them were selected. Subsequently, the study was extended to articles meeting Inclusion Criterion 2 (21 articles), in order to measure the behavioural change generated.

Conclusions: the result was a procedure with 11 steps to be followed, including from the analysis of communication objectives to the quantification for the analysis of outcomes.

Key words: mobile phone; SMS; text messaging; healthcare outcomes; process of care.

Introducción

Las nuevas tecnologías brindan grandes posibilidades para inducir cambios de conducta en los usuarios de los servicios de salud. Este cambio se fomenta mediante métodos complementarios de comunicación, especialmente el envío de SMS (servicio de mensajes cortos o *Short Message Service* en inglés) o *Whatsapp* (aplicación de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes, que envía y recibe mensajes mediante internet) con mensajes de texto motivadores a modo de recordatorio de los beneficios del programa de salud seguido^{1,2}. La promoción de conductas saludables en mujeres gestantes es uno de los primeros objetivos de la matrona en la consulta de Atención Primaria. Para promoverla, con demasiada frecuencia, se utiliza el sistema tradicional basado en ofrecer consejos e información de forma directa mediante información impresa dejando a un lado los potenciales beneficios del uso de las nuevas tecnologías. Aunque la información es importante para educar e informar a la mujer gestante, rara vez es suficiente para modificar conductas, aunque si es cierto que una mayor información dará lugar a un cambio de actitud al infundir el deseo de cambiar³.

La matrona no puede hacer hincapié en los beneficios del cambio sin contemplar en toda su dimensión las implicaciones personales para cada mujer gestante, dado que podrían traducirse en resistencia al cambio⁴. Lo mismo puede ocurrir en muchos programas educativos y campañas de sensibilización. Las estrategias basadas en facilitar información pueden atraer a aquellas mujeres gestantes que desean saber cómo modificar su comportamiento, pero también pueden intensificar la desigualdad en el ámbito de la salud, en detrimento de aquellas otras cuya conducta está más condicionada por su entorno y que podrían tener un menor acceso o interés por dicha información⁵.

Los teléfonos móviles inteligentes se perfilan como excelentes aliados para las intervenciones conductuales. Los avances de las tecnologías de la información hacen posible introducir sensores en los dispositivos para localizar a sus usuarios y captar sus movimientos, emociones y grado de vinculación social, lo que es la antesala de un seguimiento continuo y automatizado de los comportamientos relacionados con la salud. Esto facilita la aplicación de técnicas de autorregulación, el establecimiento de metas y su seguimiento, lo que convierte a estas intervenciones en más económicas y prácticas o menos estigmatizadoras, ya que se desarrollan en la esfera privada de las personas. La conectividad permite compartir datos sobre hábitos y salud con personal sanitario u otras personas, lo que facilita el cambio conductual.

Por otra parte, apenas se ha comenzado a evaluar la eficacia de estas aplicaciones dado que los aspectos más complicados son los del mantenimiento del uso y la eficacia del cambio conductual a largo plazo⁶. La evidencia de la efectividad de estas intervenciones es variada, aunque la literatura existente ya demuestra que los programas SMS/*Whatsapp* son efec-

tivos en casos como el hábito de fumar, el control de la diabetes y programas para la pérdida de peso. También lo son en el caso de las mujeres gestantes, aunque existe una amplia bibliografía sobre programas de asistencia a estas mediante SMS con buenos resultados, cada uno es diferente y carecen de una metodología común que sea efectiva en todos los casos o por lo menos de directrices claras sobre cómo enfocar las características de un programa de promoción de la salud de este tipo.

Existen actualmente varias revisiones sistemáticas sobre el impacto de las intervenciones que han utilizado SMS/*Whatsapp* para motivar comportamientos de salud. La revisión de Vodopivec et al.⁷ sugiere que las intervenciones mediante mensajes SMS tienen potencial para apoyar los cambios de comportamiento sanitarios a corto plazo, pero no hay suficiente evidencia en cuanto a los resultados a largo plazo. Car et al.⁸, en su revisión sobre el uso de mensajes a móvil para cuidados preventivos y recordatorios en salud, demuestran que al utilizar mensajes como recordatorios de citas/pruebas se aumenta la asistencia aunque, como en el caso anterior, hay una falta de información sobre los efectos adversos y la satisfacción de los usuarios con la intervención.

Riley et al.⁹ analizaron los estudios de *mhealth* publicados, encontrando que abordan problemas como fumar (siete estudios); bajar de peso, hacer dieta o ejercicios (12 estudios); mantener adherencia a tratamientos (10 estudios); y manejar enfermedades (20 estudios, que abordaron enfermedades como la diabetes, el asma y la hipertensión). La revisión mostró que los estudios sobre fumar y bajar de peso incluyeron modelos teóricos en sus diseños, fundamentados en la teoría de autoregulación, teoría social cognitiva, el modelo transteorético o el modelo cognitivo-conductual. Sin embargo, muy pocos de los estudios sobre adherencia o el manejo de enfermedades utilizaron modelos teóricos para informar del diseño de sus intervenciones.

Cole-Lewis y Kershaw¹⁰ hicieron una revisión sistemática de todos los estudios que fueron publicados hasta el año 2009 y evaluaron el efecto de intervenciones que hayan incluido SMS como uno de los componentes de su intervención. La revisión reveló que pocos estudios utilizaron modelos teóricos en el diseño de sus programas, a pesar de que utilizar modelos teóricos hace que una intervención sea más eficiente.

En general, a pesar de los resultados favorables que presentan estas revisiones en cuanto al uso de SMS para programas de promoción de la salud, no se dispone de una metodología clara de cómo llevarlos a cabo dado que todos estos estudios se centran en los resultados pero no en la metodología de diseño o desarrollo del programa. Por tanto, el objetivo de este estudio será definir las pautas a seguir en el diseño de programas de promoción de la salud mediante envío de SMS/*Whatsapp* para mujeres gestantes y puérperas de tal forma que se garantice una efectividad y adherencia máxima cuantificables.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos secundarias: PLOS, MEDES, *PubMed*, *Cochrane* (en inglés y español) y CUIDEN. La estrategia de búsqueda consistió en combinar las palabras claves: mHealth, telemedicina, SMS, mensajes de texto, promoción de la salud, gestantes, cambio de comportamiento y modificación del comportamiento. Posteriormente se realizaron búsquedas mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores. Finalmente se consultaron la aplicación *Scholar Google* y las bases de datos de *SciELO*, *ScienceDirect* y Elsevier.

En cuanto a la metodología empleada se aplicaron los siguientes criterios de inclusión a los estudios revisados siguiendo el diagrama de flujo de la Figura 1:

- Informes, estudios, artículos, revisiones sistemáticas publicadas entre enero de 2000 y febrero de 2016 que versen sobre la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la promoción de la salud.
- Estudios que desarrollen experiencias en programas de promoción de la salud mediante el uso del SMS como elemento de comunicación.
- Estudios que especifiquen metodologías de trabajo seguidas en programas de promoción de la salud mediante el uso del SMS como elemento de comunicación y se apliquen a mujeres gestantes.

Resultados

En una primera fase se encontraron 185 artículos y estudios relacionados, una vez aplicados los criterios de inclusión se encontraron solo nueve trabajos¹¹⁻¹⁹ a analizar, por lo que se amplió el estudio también a los artículos incluidos en el criterio de inclusión 2^{1,2,10-19}.

En la etapa de diseño del mensaje se presta atención al momento y frecuencia de envío¹⁵ para no sobrecargar a la mujer gestante y que la información le llegue en el momento adecuado del día. La biblioteca de mensajes en los documentos analizados incluye el suministro de información, seguimiento de comportamientos o la prestación de apoyo social, y se presta especialmente atención a la legibilidad y el nivel de alfabetización del usuario¹⁶⁻¹⁹.

En otros trabajos analizados^{16-25,34} se han encontrado elementos de análisis que complementan el diseño de la metodología a seguir en un proyecto de envío de SMS, al plantear la necesidad de seguir las mismas fases de desarrollo que son típicas de cualquier material de comunicación sanitario, para comprender los mecanismos clave que activan el cambio de comportamiento en las mujeres gestantes antes de iniciar el proceso de diseño²⁰⁻²².

La identificación de las técnicas de comportamiento a utilizar y el ajuste del texto de los mensajes a estas, así como la comprensión de las barreras y beneficios que la mujer gestante obtendrá²³ se configuran como elementos básicos en el diseño del proyecto.

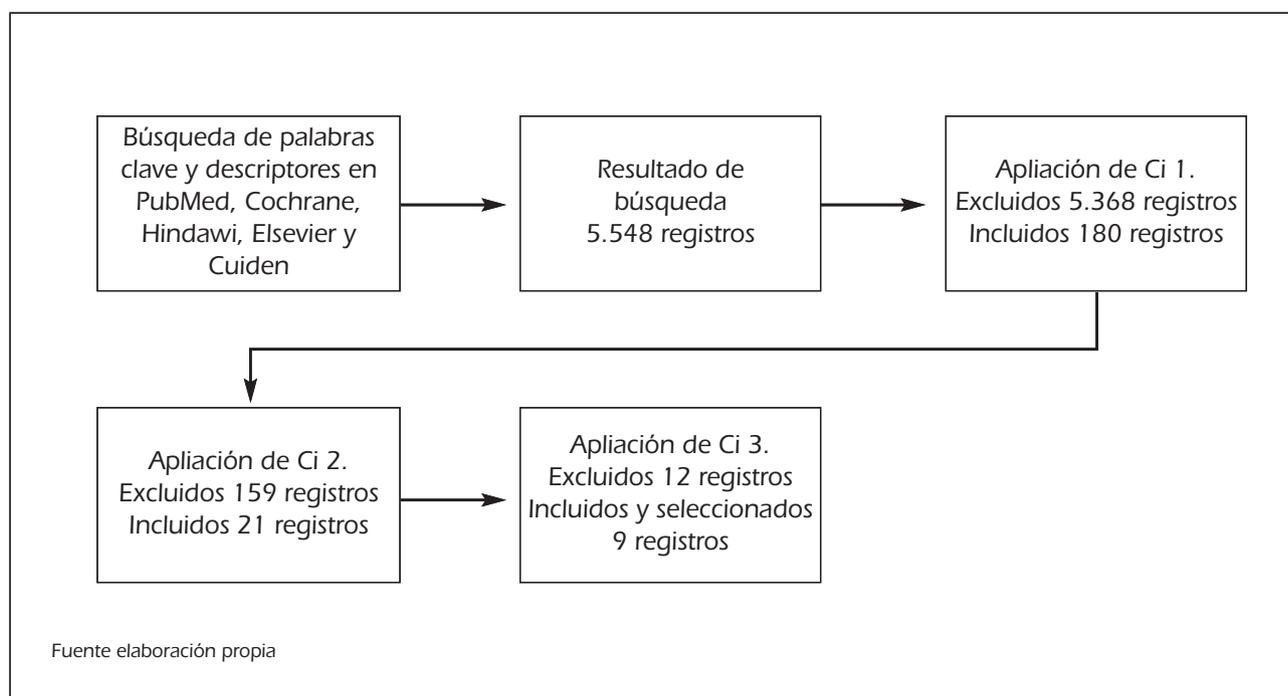


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio

En siete de las revisiones analizadas se describen en parte metodologías de trabajo y etapas a seguir en el desarrollo de este tipo de programas^{1,8,10,26-29}, estas revisiones sistemáticas incluyeron un total de 60 estudios. Otros trabajos más actuales encontrados y que afectan a las mujeres gestantes están enfocados a la promoción de la salud de la mujer embarazada y el soporte pre y postnatal^{11,12,30}, la mejora de la gestión hospitalaria³¹, el control de enfermedades crónicas como la diabetes en el embarazo³² y el abandono de hábitos poco saludables como el tabaco¹³. Otras actuaciones están vinculadas a la prevención de factores de riesgo comunes como son la nutrición poco saludable³³, la inactividad física y el consumo de alcohol durante el embarazo¹⁴ y el control de la mujer gestante en los casos de preeclampsia.

Discusión

La comprensión de la conducta en cuestión y la elección del enfoque general son las tareas con las que debe comenzar el proceso de diseño de una intervención de cambio conductual. Tras ellas se puede proceder a seleccionar las técnicas específicas encaminadas a modificarla³⁴, la "rueda del cambio conductual" (Figura 2) pretende ser una guía para escoger las intervenciones más adecuadas. La metodología de diseño desarrollada para la creación de programas de promoción de la salud en mujeres gestantes comienza con la conceptualización y objetivación del proyecto junto con la investigación formativa de la población objetivo y los mensajes que la activan, sigue con las pruebas preliminares y la puesta en marcha del proyecto. Finalmente realiza un seguimiento

cualitativo para aprender cómo las participantes utilizan la intervención (Figura 3). Como etapas clave se encuentra el diseño de la intervención en función a la evidencia existente, el proceso de participación de las mujeres gestantes y el seguimiento formativo y cualitativo de la misma (Figura 4).

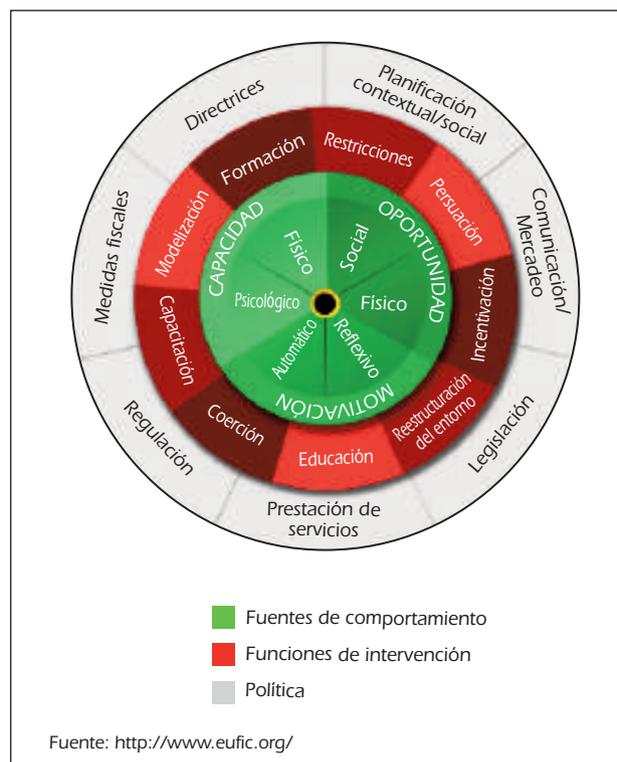


Figura 2. Rueda del cambio conductual

<input checked="" type="checkbox"/>	Analizar mecanismos clave que activan la concienciación y el intercambio de comportamiento en la mujer gestante
<input checked="" type="checkbox"/>	Elegir el objetivo de salud para provocar el cambio de comportamiento
<input checked="" type="checkbox"/>	Elegir los objetivos de comunicación y las técnicas de modificación de conductas que utilizaremos
<input checked="" type="checkbox"/>	Escribir la base de datos de mensajes a enviar
<input checked="" type="checkbox"/>	Secuenciar el programa según los objetivos trazados prestando especial atención a la temporización del envío los SMS y el contenido de los mismos
<input checked="" type="checkbox"/>	Proponer indicadores cuantitativos y cualitativos que midan el porcentaje de consecución de los objetivos marcados
<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar pruebas de envío- <i>feedback</i> con una pequeña población de mujeres gestantes
<input checked="" type="checkbox"/>	Seleccionar la población de mujeres gestantes más idónea para la realización del programa
<input checked="" type="checkbox"/>	Publicitar en el entorno de Atención Primaria y comenzar el proceso de captación de mujeres gestantes
<input checked="" type="checkbox"/>	Ejecutar el programa y revisar mensualmente la adecuación de los indicadores/objetivos trazados
<input checked="" type="checkbox"/>	Analizar los indicadores globales del programa y ver la efectividad del programa de promoción de la salud

Fuente elaboración propia

Figura 3. Metodología resultante del estudio con fases a seguir

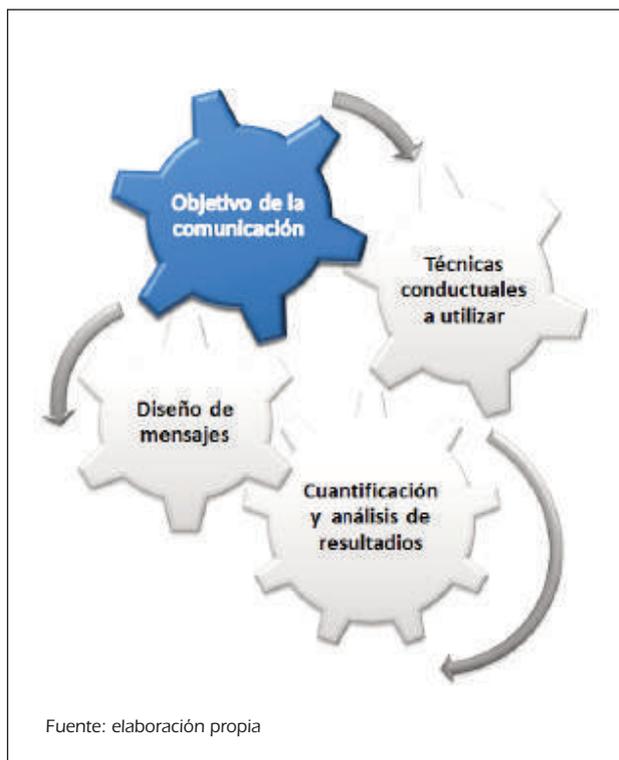


Figura 4. Fases preponderantes en los estudios de promoción de la salud mediante SMS

Los mensajes que se implementarán podrán ser de dos tipos: generales, con contenidos informativos y recomendaciones frecuentes según el tipo de intervención a realizar; y específicos, que responden a la planificación y secuenciación temporal que se ha realizado del programa e incluyen aspectos motivacionales, de superación de barreras y mejora del autocontrol. La complejidad de los mensajes deberá ser analizada y adaptada al grupo objetivo del estudio y las posibilidades de obtención de retroalimentación mediante mensajes de respuesta de la mujer gestante dependerán de la plataforma utilizada y su gratuidad.

La frecuencia y la hora de envío de los mensajes deberá estar consensuada en gran parte con las mujeres gestantes participantes dado que una frecuencia excesiva de envío, o su remisión a horas en las que no es posible su lectura inmediata, hace disminuir la efectividad del mensaje y, por tanto, del programa.

Se realizarán evaluaciones que permitirán establecer si las intervenciones han surtido efecto y por qué motivo. Asimismo, ofrecerán información útil para valorar posibles mejoras de las mismas. La divulgación posterior de las pruebas de la efectividad del programa evitará duplicar esfuerzos de investigación y reducir costes.

Por otra parte, la principal preocupación que se ha detectado respecto al uso de SMS/*Whatsapp* en programas de asistencia

sanitaria es la transmisión y el almacenamiento de la información personal de salud. Actualmente no es posible cifrar los mensajes SMS cuando se envían entre diferentes terminales (no así los *Whatsapp* que sí están encriptados), por lo que la mujer gestante está virtualmente expuesta cuando envía o recibe información.

Por último, hay que poner de manifiesto que se han dejado a un lado tanto el análisis de los aspectos técnicos relativos al diseño del programa de promoción de la salud como el análisis del factor coste/beneficio del servicio, lo que en el actual escenario de optimización del gasto sanitario tiene una gran importancia en su implementación y posterior adopción como un servicio más que el centro de Atención Primaria ofrece a la mujer bajo la supervisión de su matrona.

Conclusiones

En este estudio se presenta una metodología de trabajo con directrices claras sobre cómo enfocar la implementación de un programa de promoción de la salud en mujeres gestantes a través del uso de SMS/*Whatsapp*. Se debe hacer hincapié especialmente en las fases de búsqueda de los mecanismos clave que activan la concienciación y el intercambio de comportamiento en la mujer gestante, la definición de los objetivos de comunicación, las técnicas de modificación de conducta que se utilizarán y el diseño de los indicadores cuantitativos y cualitativos a analizar, que midan el porcentaje de consecución de los objetivos marcados.

Hay una amplia literatura sobre programas de asistencia a mujeres gestantes mediante SMS/*Whatsapp* con buenos resultados, pero cada uno es diferente careciendo de una metodología común que sea efectiva en todos los casos o por lo menos de las características de un programa de promoción de la salud de este tipo.

La seguridad y privacidad del acceso a los mensajes por parte de la mujer gestante es esencial en programas de este tipo. Es recomendable, por tanto, advertir convenientemente de los términos de uso del servicio al comienzo del programa y no incluir ninguna información que permita la identificación de la mujer gestante a través de mensaje de texto.

Bibliografía

1. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD006611.
2. Patrick K, Raab F, Adams MA, Adams MA, Dillon L, Zabinski M, et al. A text message-based intervention for weight loss: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2009; 11(1):e1.

3. Speller V. The prevention paradox. Principles and practice of health promotion: health promotion models and theories. Health Knowledge Public Health Textbook, Public Health Action Support Team (PHAST), 2007.
4. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling* 2007; 53:147-55.
5. Christmas S. Nine big questions about behaviour change. London: Department for Transport; 2009.
6. Dennison L, Morrison L, Conway G, Yardley L. Opportunities and challenges for smartphone applications in supporting health behavior change: qualitative study. *Journal of Medical Internet Research* 2013; 15(4):e86.
7. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Guroł-Urganci I, Atun R, Car J. Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 12.
8. Car J, Guroł-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 7.
9. Riley W, Rivera D, Atienza A. Health behavior models in the age of mobile interventions: are our theories up to the task? *Translational Behavioral Medicine* 2011; (1):53-71.
10. Cole-Lewis H, Kershaw T. Text Messaging as a Tool for Behavior Change in Disease Prevention and Management. *Epidemiologic Reviews* 2010; 32(1):56-69.
11. Tapia-Conyer R, Lyford S, Saucedo R, Becerra K, Mack J, Mujica R, et al. Improving Perinatal Care in rural regions worldwide by Wireless enabled antepartum fetal monitoring: a demonstration project. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2015. Article ID 794180.
12. Chilukuri N, West M, Henderson JL, Lawson S, Ehsanipoor R, Costigan K, Polk S, Bennett W. Information and Communication Technology Use Among Low-Income Pregnant and Postpartum Women by Race and Ethnicity: A Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 2015 Jul 3; 17(7):e163.
13. Abroms LC, Johnson PR, Heminger CL, Van Alstyne JM, Leavitt LE, Schindler-Ruwisch JM, Bushar JA. Quit4baby: results from a pilot test of a mobile smoking cessation program for pregnant women. *JMIR Mhealth Uhealth* 2015; 3(1):e10.
14. Evans WD, Wallace JL, Snider J. Pilot evaluation of the text4baby mobile health program. *BMC Public Health* 2012; 12(1):1031.
15. Abroms LC, Ahuja M, Kodl Y, Thaweethai L, Sims J, Winickoff JP, et al. Text2Quit: Results from a pilot test of a personalized, interactive mobile health smoking cessation program. *J Health Commun* 2012; 17(1): 44-53.
16. Poorman E, Gazmararian J, Parker RM, Yang B, Elon L. Use of text messaging for maternal and infant health: a systematic review of the literature. *Matern Child Health J* 2015; 19(5):969-89.
17. Shneiderman B. Shneiderman's Eight Golden Rules of Interface Design [cited 15 jul 2017]. Available from: <http://faculty.washington.edu/jtenenbg/courses/360/f04/sessions/schneiderman-GoldenRules.html>
18. U.S. Department of Health and Human Services. Promoting Maternal and Child Health Through Health Text Messaging: An Evaluation of the Text4baby Program Final Report, 2015 [cited 15 jul 2017]. Available from: <https://www.hrsa.gov/archives/healthit/txt4tots/text4babyfinalreport.pdf>
19. Naughton F, Jamison J, Sutton S. Attitudes towards SMS text message smoking cessation support: A qualitative study of pregnant smokers. *Health Educ Res* 2013; 28(5):911-22.
20. Abroms LC, Whittaker R, Free C, Mendel Van Alstyne J, Schindler-Ruwisch JM. Developing and pretesting a text messaging program for health behavior change: recommended steps. *JMIR mHealth uHealth* 2015; 3(4):e107.
21. Head KJ, Noar SM, Iannarino NT, Grant HN. Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis. *Soc Sci Med* 2013; 97:41-8.
22. Karasz HN, Eiden A, Bogan S. Text messaging to communicate with public health audiences: How the HIPAA Security Rule affects practice. *Am J Public Health* 2013; 103(4):617-22.
23. Abroms LC, Carroll P, Boal AL, Mendel J, Carpenter KM. Integrated phone counselling and text messaging services at quitlines: An acceptability study. *J Smok Cessat* 2014; 1:1-7.
24. Abroms LC, Padmanabhan N, Evans W. eHealth applications: Promising strategies for behavior change. In: Noar SM, Harrington NG, editors. *Mobile Phones for Health Communication to Promote Behavior Change*. NY: Routledge; 2011.
25. Suffoletto B, Callaway CW, Kristan J, Monti P, Clark DB. Mobile phone text message intervention to reduce binge drinking among young adults: Study protocol for a randomized controlled. *Trial* 2013; 3:14-93.
26. Fjeldsoe B, Marshall A, Miller Y. Behavior Change Interventions Delivered via Mobile Telephone Short-Message Service. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36(2):165-73.
27. Guy R, Hocking J, Wand H, Stott S, Hammad Ali, Kaldor J. How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? a meta-analysis and systematic review. *Health Services Research* 2012; 47(2):614-32.
28. Krishna S, Boren SA, Balas BA. Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health* 2009; 15(3):231-40.
29. Vervloet M, Annemiek J, Linn JC, Van Weert M, De Bakker DH, Bouvy ML, et al. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *Journal of American Me-*

- dical Informatics Association [internet] 2012 [cited 15 jul 2017]. Available from: <http://jamia.bmj.com/content/early/2012/04/12/amiajnl-2011-000748.full.pdf+html>
30. Peragallo Urrutia R, Berger A, Ivins AA, Beckham AJ, Thorp JM, Nicholson WK. Internet use and Access among pregnant women via computer and mobile phone: Implications for delivery of prenatal care. *JMIR Health and Uhealth* 2015; 3(1):1-10.
 31. Rohman L, Maruswezki D, Boyce Cam N. The impact of text messaging service on orthopaedic clinic did not attend rates. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2015; 21(4):211-9.
 32. Dobson R, Carter K, Cutfield R, Hulme A, Hulme R, McNamara C, et al. Diabetes text-message self-management support program (SMS4BG): a pilot study. *JMIR Health and Uhealth* 2015; 3(1):1-8.
 33. Spark LC, Fjeldsoe BS, Eakin EG, Reeves MM. Efficacy of a text message-delivered extended contact intervention on maintenance of weight loss, physical activity, and dietary behavior change. *JMIR Mhealth Uhealth* 2015; 3(3):1-13.
 34. Darnton A. Reference report: an overview of behaviour change models and their uses. London: GSR; 2008.

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos de Enfermería acreditados online

- Cursos CFC
- Cursos ECTS



Curso CFC recomendado

Prevención y cuidados de Enfermería pediátricos en atención primaria

9,4
créditos CFC
Duración:
110 horas



Curso CFC recomendado

Cuidados de Enfermería en pacientes crónicos pediátricos

8,3
créditos CFC
Duración:
100 horas



aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

La fertilidad en el siglo XI según Trótula

¹ María Garrido Romero
¹ María Consuelo Cepeda
Hontecillas
¹ Ana Juliá Gisbert

¹ Matronas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

E-mail: magarromero@hotmail.com

Resumen

Introducción: a lo largo de la historia se han sucedido siglos de estudio y búsqueda de remedios y técnicas para erradicar la infertilidad. Cabe destacar a Trótula, autora del más célebre tratado de Obstetricia y ginecología de la Edad Media.

Objetivo: traducir la obra de Trótula de Rugiero de su versión original y analizar las causas tanto masculinas como femeninas de la esterilidad y los remedios descritos por Trótula.

Método: ha estado determinado por el estudio de las fuentes documentales extraídas de la base de datos Dialnet y salas de consulta.

Resultados: para la obtención de los objetivos propuestos tal y como recomiendan los eruditos en historiografía, se utiliza la interpretación de los textos para alcanzar un significado más amplio de la información obtenida.

La obra de Trótula, *Trótula de Ruggiero, Sulle malatie delle donne*, consta de 63 capítulos de los cuales se ha seleccionado el capítulo XI titulado: "Acerca de lo que obstaculiza la concepción y acerca de lo que ayuda a quedarse encinta".

Conclusiones: ha quedado reflejado en este artículo la existencia de problemas en la fertilidad tanto en hombres como en mujeres, características inéditas en aquella época, puesto que era considerado un problema de género.

No cabe ninguna duda del interés que despierta este tratado, pero tanto para la profesión como las matronas, su interés es mayor, puesto que ayuda a fundamentar cuáles han sido y son las responsabilidades en el cuidado y prevención en la salud de la mujer.

Palabras clave: infertilidad; matrona; historia; Trótula.

Abstract

Fertility in the 11th century according to Trótula

Introduction: throughout history there have been centuries of study and search for remedies and techniques to eradicate infertility. It is worth highlighting Trotula, the authoress of the most famous treaty on Obstetrics and Gynaecology from the Middle Ages.

Objective: to translate the work by Trotula of Rugiero from its original version, and to analyze both male and female causes for sterility, and the remedies described by Trotula.

Method: it has been determined by the study of the documentary sources extracted from the Dialnet database and consultation rooms.

Results: in order to achieve the objectives recommended by historiography scholars, text interpretation was used to reach a wider meaning of the information obtained.

The work by Trotula, *Trótula de Ruggiero, Sulle malatie delle donne*, consists of 63 chapters, of which Chapter XI was selected, "On what hinders conception and on what helps to get pregnant".

Conclusions: this article shows the existence of fertility problems both in men and women, an unprecedented fact at that time, when it was considered a gender problem.

There is no doubt about the interest raised by this treaty, but its interest is even higher for the professional sector and for midwives, because it helps to substantiate which have been and still are the responsibilities regarding care and prevention for female health.

Key words: infertility; midwife; history; Trotula.

Introducción

Hablar de infertilidad es hablar de uno de los problemas, tanto médico como social, que ha sido y aún sigue siendo una amenaza para la especie humana ya que compromete la pervivencia de la sociedad. Hasta llegar al siglo XX, del que puede afirmarse que ha sido resolutivo en la oferta de soluciones al problema de la infertilidad, se han sucedido siglos de estudio y búsqueda de remedios y técnicas para erradicar este problema¹.

En ese devenir irrumpe una mujer ilustrada, autora del más célebre tratado de Obstetricia y Ginecología de la Edad Media cuyo contenido, y el de todos sus textos, es indudablemente reflejo de las ideas más avanzadas para su época, como es el caso del tratamiento de la infertilidad, atendiendo a hombres y mujeres por igual en la Escuela Médica Salernitana, considerado en la época medieval como el primer centro médico laico europeo².

Trótula de Ruggiero y Renzi nació en la capital de Salerno y falleció en 1097. Ejerció de profesora y gestora en la Escuela Salernitana. Estuvo casada con Giovanni Plateario Senior Médico, con quien tuvo dos hijos llamados Giovanni y Thomas³ (Imagen 1).

Objetivos

Los objetivos propuestos para este trabajo son:

- Traducir la obra de Trótula de Ruggiero de su versión original que se conserva en la *Yale University Library*.
- Seleccionar el capítulo dedicado a la fertilidad.
- Analizar las causas tanto masculinas como femeninas de la esterilidad y los remedios descritos por Trótula.
- Definir las competencias desde una perspectiva contextualizada de la profesional matrona, según el manuscrito.

Material y método

Para conseguir información mediante el libre acceso a internet se ha utilizado la base de datos Dialnet. La búsqueda se ha realizado utilizando las palabras clave: "infertilidad", "infertilidad femenina", "infertilidad masculina", "matronas", "historia", "Trótula" y "Escuela Salernitana".

A las fuentes documentales solamente se pudo acceder en las salas de consulta, ya que por el valor de las mismas no se prestan a los usuarios sin realizar previamente una petición de consulta a los centros universitarios fuera de Valencia³⁻⁵.

Resultados e interpretación

Para la obtención de los objetivos propuestos de este trabajo se ha tenido que, como recomiendan los eruditos en Histo-

riografía, utilizar la interpretación de los textos para poder alcanzar un significado más amplio de la información obtenida.

La traducción de la obra de Trótula del latín al italiano, por la Dra. Pina Cavallo Bogi, publicada en 1979 y titulada *Trótula de Ruggiero. Sulle malattie delle donne*, consta de 63 capítulos, de los cuales se ha elegido, para la consecución de nuestros objetivos, un solo capítulo por la extensión del mismo⁶. Se trata del capítulo XI: "Acerca de lo que obstaculiza la concepción y acerca de lo que ayuda a quedarse encinta"².

En dicho capítulo se indicará el orden en numeración romana, el título, las páginas donde aparece en el texto original y la interpretación del contenido, escribiendo en letra cursiva y entrecomillas el texto original.

Cabe destacar que el amanuense/copista anónimo del manuscrito lo presenta como "... Libro original de Trótula, sobre cómo curar las enfermedades de la mujer, antes, durante y después del parto, nunca antes publicado, donde se atiende a las disfunciones y las enfermedades del sexo femenino,



Imagen 1. Londres, Wellcome Library, MS 544 (Miscelánea medica XVIII), principios del siglo XIV (Francia), una copia del conjunto Trótula intermedio, p. 65 (detalle): pluma y dibujo de lavado destinado a representar "Trótula", vestido de rojo y verde con un tocado blanco, sosteniendo un orbe.

el cuidado de los neonatos y de los niños desde el momento del parto, la elección de las nodrizas y otras cosas relacionadas con estos temas. Se incluyen también recomendaciones relativas a ambos sexos, los síntomas de varias enfermedades y consejos de belleza...". Y continúa después con un prólogo de Trótula de tres páginas de extensión, seguidos de los capítulos a estudio⁶.

Capítulo XI, páginas 20-24

"Acerca de lo que obstaculiza la concepción y acerca de lo que ayuda a quedarse embarazada"

Trótula, apoyándose en Galeno y Teodorico de Paolino, expone de forma extensa la anatomía, fisiología, síntomas, enfermedades, incapacidades, así como los remedios para la cura de la infertilidad en el matrimonio, ya que la autora considera a la pareja como marido y esposa a pesar de que en el texto exprese hombre y mujer exponiendo "... Queda, por tanto claro que la concepción puede no lograrse tanto por defecto del hombre como de la mujer...".

Anatomía y fisiología del marido

Sobre la anatomía y fisiología del marido, Trótula explica que "... algunos hombres tienen los testículos demasiado fríos y secos, razón por la cual no engendran nunca... ya que su semen es inútil para la procreación".

Cuando atribuye los defectos fisiológicos enumera los siguientes síntomas:

- "... si la concepción se obstaculiza por un defecto del marido, el fenómeno podría provenir de una falta de energía que no empuja al semen, o por humedad anormal del esperma o por falta de calor...".
- "... si es por falta de calor... el síntoma es la ausencia de deseo sexual...".
- "... si es por falta de energía... el síntoma es que el hombre tiene deseo, pero no logra la erección...".
- "... si, en cambio, es por un defecto del esperma, el síntoma es que el hombre produce poco o casi nada de semen...".
- "... tiene un esperma demasiado diluido el cual, una vez dentro del útero y porque está demasiado diluido, sale de nuevo fuera...".

Anatomía y fisiología de la esposa

Sobre la anatomía y fisiología de la esposa refiere los siguientes problemas:

- "... están demasiado delgadas y flacas o porque son demasiado gruesas. En el caso de estas últimas la carne, amontonándose alrededor de la boca del útero, lo aprieta y no permite que el semen entre...".

- "... tienen el útero tan liso y resbaladizo que después de haber recibido el semen, no consiguen retenerlo...".
- "... la esterilidad depende o de la excesiva sequedad del útero o de su excesiva humedad...". En este punto diferencia que:
 - "... si el útero está más seco de lo normal, no puede retener el esperma...".
 - "... si está demasiado húmedo, puede incluso sofocarlo...".
 - O bien "... la elevada temperatura del útero quema el esperma...".

Síntomas de esterilidad femenina

Los síntomas en la mujer que no puede quedarse embarazada los divide en dos grupos:

- Las mujeres que no pueden concebir debido a una alta temperatura del útero y a la falta de humedad del mismo tendrían los siguientes síntomas:
 - "... los labios de la vulva se presentan ulcerados y como excoriados por el viento boreal, con manchas rojas...".
 - "... siempre tiene sed y se cae el cabello...".

En estos casos, Trótula añade que "... si la mujer tiene 30 años, su caso es incurable...". Pero, sin embargo, considera que "... si es joven y el dolor no es continuo...", su caso es curable, dando después consejos para ayudar a conseguir la concepción.

- En el caso de tener un útero con una elevada humedad los síntomas serían los siguientes:
 - "... si tiene los ojos siempre lagrimosos porque, si el útero sufre punzadas nerviosas con frecuencia, el cerebro sufre junto con el útero. De hecho, cuando este contiene demasiada humedad, hasta el cerebro se encuentra lleno y de esta forma el fenómeno hace que salgan lágrimas de manera involuntaria...".
 - "... Que el cerebro participa en el sufrimiento del útero lo demuestra el desplazamiento de este último por la falta de menstruaciones...".

También hace referencia en varias ocasiones a la necesidad de que el útero esté purificado, sobre todo después de aplicar los tratamientos que ella recomienda.

- "... si el útero no está todavía bien purificado...".
- "... si el útero se ha purificado bien...".

Síntomas de esterilidad de la pareja

La autora describe minuciosamente cómo diagnosticar la esterilidad de la pareja. Llama la atención que para dicha determinación era necesario llevar a cabo lo que a conti-

nuación transcribimos literalmente: "... *Coge dos recipientes y pon en ambos salvado. Después vierte en uno orina de la mujer y en otro orina del hombre y déjalos así durante nueve o diez días...*"

Si la esterilidad corresponde a la mujer "... *en su recipiente encontrarás muchos gusanos y la orina tendrá mal olor...*" Al igual que ocurriría en el caso del hombre. Pero si no aparecía lo anteriormente descrito en ninguno de los dos recipientes entonces asevera "... *no se puede diagnosticar la esterilidad ni de una ni del otro...*"

Tratamientos

Los tratamientos, remedios y cuidados enunciados en el tratado son muy numerosos, y son tanto de origen vegetal, animal como mineral.

Las administraciones de los mismos son a base de jarabe, fumigaciones, supositorios, pesarios, purgas y píldoras. En cuanto al cuidado hace gran hincapié en las relaciones sexuales, como se explicará más adelante.

Vegetales

- Malva.
- Artemisa.
- Trifera magna.
- Bellota.
- Algodón.
- Aceite aromático.
- Arrogone: aparece como planta en un libro en italiano sobre las reglas salernitanas sobre salud. No aparece ninguna referencia en castellano.
- Ruda.
- Euforbio.
- Aceite de menta.
- Cebollas.
- Chirivía.
- Vino.
- Hongos.
- Lino.
- Acacia.
- Aristoloquia.

Animales

- Aceite de comadreja.
- Almizcle.

- Útero y vulva de liebre.
- Serpiente.

Minerales

- Agua.
- Mirra.
- Incienso.

A continuación se citan algunos ejemplos del uso de estos elementos:

- Para remediar los problemas de concepción causados por la alta temperatura y falta de humedad en el útero de una mujer joven, Trótula recomienda:

- "... *coge malva y artemisa, haz una decocción con agua y con dicha decocción realiza sufumigaciones a la paciente, tres o cuatro veces...*"

- "... *pero el séptimo día, tras haber suministrado la sufumigación, coge trifera magna y una bellota, envuélvelas en algodón y haz un supositorio para la vulva, para que así la mujer... después de tantas sufumigaciones, logre descansar y sentir alivio y suavidad al tacto...*"

Estas sufumigaciones deberían continuar hasta que desaparecieran los síntomas y mantener relaciones sexuales tres o cuatro veces por semana.

- Problemas femeninos causados por el exceso de humedad en el útero:

- "... *coge un poco de almizcle con aceite de comadreja u otro aceite aromático e introdúcelo de nuevo en la vulva. Si el útero se ha purificado bien, tendrá un olor perfumado, hasta el punto que, si besaran a la mujer, se creería que tiene almizcle en la boca...*"

- Cuando los problemas eran causados por defecto del marido:

- "... *si es por falta de calor, el síntoma es la ausencia de deseo sexual... a estos hombres será necesario aplicarle arrogone en los riñones. O bien, coge simientes de ruda y de euforbio, redúcelo a polvo fino, mézclalo con aceite de comadreja y con aceite de menta y aplícalo en los riñones...*"

- Cuando el hombre tiene problemas con el esperma, produciendo poco o casi nada se recomienda:

- "... *usar todo aquello que aumenta y produce esperma, como las cebollas, la chirivía y similares...*"

- Así mismo, se dan recomendaciones para favorecer la concepción de un varón:

- "... si se quiere concebir un varón, que el hombre tome útero y vulva de liebre, se deja secar y, después de convertirlo todo en polvo, se diluye en vino y se le da a beber. La mujer que haga lo mismo con unos testículos de liebre..."
- "... se toma hígado y testículos de un pequeño cerdo que haya sido cría única, se desecan, se convierten en polvo, se mezclan con líquido y se le da a beber al hombre o la mujer que no puedan procrear y así concebirán..."

Cuidados

En lo referente a los cuidados Trótula hace referencia a:

- Se deben tener relaciones sexuales con el marido tres o cuatro veces por semana.
- Las relaciones sexuales deben ser frecuentes.
- Realizar cuidados en la zona lumbar.

Como se puede ver reflejados en los siguientes ejemplos:

- "... que se una al marido al final de la menstruación..."
- "... la paciente debe mantener relaciones sexuales con el marido tres o cuatro veces por semana..."
- "... si la mujer quiere quedarse encinta, que tome testículos de cerdo o de jabalí, se dejan secar, se convierten en polvo y se bebe con vino después de la menstruación, que tenga después relaciones sexuales y concebirá."

Citando a Galeno, y al final del capítulo XI, señala que las mujeres pueden decidir por ellas mismas no quedarse embarazadas porque se consideran:

- "... las mujeres de vulva angosta y útero estrecho no deben tener relaciones sexuales, porque si no arriesgarían su vida..."
- "... si una mujer no se atreve a concebir por este peligro de muerte..."
- "... si durante el parto ha habido dificultades y por temor a la muerte no se quiere concebir..."
- "... Y si quiere quedarse estéril para siempre..."

En estos casos para evitar la concepción, les recomienda que se abstengan de tener relaciones sexuales y si las tienen deben utilizar como medidas preventivas:

- "... si una mujer no se atreve a concebir por peligro de muerte, que lleve sobre la piel un útero de cabra que no haya parido nunca..."
- "... existe también una piedra llamada Galgates, que llevada al cuello o metida en la boca, impide la concepción..."

- "... se coge una comadreja macho, se le capa, y la mujer debe llevar los testículos en su seno, envueltos en piel de oca o en otra piel y no concebirá..."
- "... si no quiere concebir, se mete en un saquito de piel, para llevarlo en el seno granitos de tártago y avena, tantos como sean los años que se quiera permanecer estéril..."
- "... y si quiere quedarse estéril para siempre, que meta un puñado..." (de granos de tártago y avena)"

Conclusiones

Superadas las dificultades de la traducción de la obra del primer manuscrito del latín al italiano y de este al castellano, así como la del segundo, del catalán antiguo al castellano, el tratado de Trótula, tanto su transcripción como su estudio y su interpretación, ha proporcionado un verdadero placer.

Queda palpable en este artículo la existencia de problemas en la fertilidad tanto en hombres como en mujeres, circunstancias inéditas en esta época, en la cual los problemas para gestar o fecundar siempre solían atribuirse a las mujeres, considerado como un problema de género.

Así mismo, Trótula defiende la libertad femenina de decidir sobre su maternidad, proporcionándoles de una manera minuciosa remedios para no concebir si no era su deseo.

No cabe ninguna duda del interés que despierta a los estudiosos de las distintas disciplinas en la actualidad consideradas científicas la utilidad de este tratado. Pero tanto para la profesión como para las matronas, su interés es mayor, puesto que ayuda a fundamentar cuáles han sido desde antiguo y son actualmente las responsabilidades en la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital y, más concretamente, como en este caso del que nos separan diez siglos, la atención y tratamiento de la fertilidad de la pareja.

Bibliografía

1. Bonnie A, Zinsser J. Historia de las mujeres: una historia propia. vol. I. Barcelona: Ed. Crítica; 1992.
2. Alonso A. Trótula y un poema médico de la "Collectio Salernitana": parte I: "De secretis mulierum". Cuadernos de filología clásica: Estudios latinos. 2003; 23(2):383-7.
3. Cabré y Pairet. M. La cura del cos femeni y la medicina medieval de tradició latina. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1996. p. 249-52.

4. Paz y Meliá A. Códices más notables de la Biblioteca Nacional. Trótula, por Maestre Joan. Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos 1; 1897.p. 506-12.
5. Domínguez J. Catálogo de los manuscritos catalanes de la Biblioteca Nacional, Madrid. Madrid: Biblioteca Nacional; 1931.
6. Cavallo Boggi P. Trótula de Ruggiero. Sulle malattie delle donne. Traduzione: Matilde Nubié e Adriana tocco. Torino: Edizioni La Rosa; 1979. (Pedido a la Yale University Library).
7. Rivera MM. Textos y espacios de mujeres en Europa. Siglo IV-XV. Barcelona: Icaria; 1990. p. 13-29.
8. García Ballester L. Concepto, método, fuentes y programa de historia de la medicina. Memoria manuscrita de Agregación de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, Valencia. 1971.
9. Álvarez MC. La mujer en la medicina en la España del siglo XIX. Barcelona: Antropos; 1988.
10. Cabré M, Carbonell M, Rivera M. La historia de les dones, L 'Avenc 134. 1990.
11. De Maio, R. Mujer y Renacimiento. Madrid: Mandori; 1988.
12. Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Ed. Doyma; 1985.
13. Rivera M. Textos y espacios de mujeres. Europa. Siglos IV-XV. Barcelona: Icaria; 1990.

Comparación del pinzamiento precoz de cordón umbilical frente al tardío para la donación de sangre de cordón umbilical

¹ Alba Díez Ibarbia
¹ Estefanía Moreno Román
¹ Paula Sáenz Cabredo
¹ Diana Lobo Revilla

¹ Matrona del Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja.

E-mail: diez_alba@hotmail.com

Resumen

Introducción: la sangre de cordón umbilical es útil para determinados trasplantes. Distintos factores determinan el volumen de sangre obtenido, como el momento del pinzamiento del cordón. El pinzamiento precoz se realiza antes del primer minuto de vida; entre sus efectos, los neonatos presentan niveles menores de hemoglobina, pero necesitan menos fototerapia. El pinzamiento tardío se lleva a cabo a partir del primer minuto de vida, incrementando el volumen de sangre trasfundido al neonato, hematocrito, hemoglobina y ferritina, pero puede producir policitemia. No existe evidencia que recomiende el tiempo necesario de pinzamiento para la recogida de sangre para donación, que sea compatible con la recogida de un volumen suficiente de esta.

Objetivo: comparar si tanto con el pinzamiento tardío como con el precoz se consigue una muestra suficiente para la donación.

Material y métodos: estudio de cohortes, una de ellas definida por las mujeres gestantes a las que se les ha realizado pinzamiento precoz del cordón umbilical, y otra por aquellas a las que se les ha realizado pinzamiento tardío. También se estudiaron variables como edad gestacional, peso de la placenta, sexo, percentil y peso del recién nacido.

Resultados: se ha obtenido un 38,8% de muestras válidas; muestras aptas con un pinzamiento tardío, un 22,4%, mientras que con pinzamiento precoz se lograron un 59,6%.

Discusión y conclusiones: se procura mayor beneficio para el recién nacido con mayor número de donaciones válidas (≥ 90 g), un 70%, mediante pinzamiento de 30-60 segundos.

Palabras clave: cordón umbilical; donación de sangre; pinzamiento.

Abstract

Early vs. delayed umbilical cord clamping for umbilical cord blood donation

Introduction: umbilical cord blood is useful for certain transplants. Different factors will determine the volume of blood obtained, such as the time of cord clamping. Early clamping is conducted before the first minute of life; among its effects, newborns will present lower levels of haemoglobin, but will require less phototherapy. Delayed clamping is conducted after the first minute of life, increasing the volume of blood transfused to the newborn: hematocrit, haemoglobin and ferritin; but it can cause polycythemia. There is no evidence recommending the required time of clamping for blood collection for donation that will be compatible with collecting a sufficient volume of blood.

Objective: to compare if enough sample for donation is obtained both with delayed and early clamping.

Material and methods: cohort study; one of the arms defined by women who have undergone an early umbilical cord clamping, and the other by those who have undergone delayed clamping. Other variables were also studied, such as gestational age, placenta weight, gender, and percentile and weight of the newborn.

Results: in total, 38.8% valid samples were obtained: 22.4% suitable samples with delayed clamping vs. 59.6% suitable samples with early clamping.

Discussion and conclusions: there is a higher (70%) benefit for newborns with a higher number of valid donations (≥ 90 g) through clamping at 30-60 seconds.

Key words: umbilical cord; blood donation; clamping.

Antecedentes y estado actual del tema. Justificación

La sangre de cordón umbilical (SCU) es muy rica en células madre hematopoyéticas. Estas pueden dar lugar a cualquier tipo de célula de la sangre. Por este motivo, desde hace 50 años, se han utilizado en trasplantes de enfermedades hematológicas malignas, benignas y algunas enfermedades genéticas. También es importante destacar que en la actualidad la única indicación de la SCU con eficacia clínica demostrada es su empleo para la práctica de trasplantes hematopoyéticos¹.

Hoy en día no existe evidencia científica de la utilidad de la SCU para uso autólogo. El paciente que precise de un trasplante de médula ósea tendría que recurrir a células de otro donante, dado que las suyas tendrían el mismo defecto congénito. En un banco de sangre público, las donaciones dirigidas solo se pueden realizar en caso de indicación médica¹.

La titularidad de los bancos de SCU puede ser de carácter público, privado o mixto. Los bancos públicos preservan el material biológico procedente de la donación altruista. Los privados conservan un depósito de material biológico para uso exclusivo autólogo o familiar. Y, por último, los mixtos son bancos privados autorizados con la condición de poner a disposición de la Administración Pública sus materiales. En España los bancos privados para uso familiar no están autorizados para almacenar las muestras en territorio español. Si se desea criopreservar la sangre que recogen los bancos privados, esta debe ser trasladada a un centro en el extranjero².

En España existen siete bancos públicos que comenzaron en 1995 en Barcelona, y sucesivamente se fueron incorporando Málaga, Galicia, Madrid, Canarias, Valencia y País Vasco. Dichos bancos mantienen acuerdos con las comunidades autónomas que no disponen de ellos, de modo que la donación de SCU se ha extendido a prácticamente todo el territorio nacional². España cuenta con cerca del 10% del total de esas unidades de SCU almacenadas en el mundo y es el segundo país con mayor número de unidades almacenadas. En cuanto al número de cordones utilizados, España ocupa el primer puesto en el ámbito europeo y el tercero del mundo^{3,4}. Los postulados que han caracterizado al modelo español de donación y trasplante de órganos y tejidos son: voluntariedad, solidaridad, gratuidad, ausencia de ánimo de lucro de los bancos de órganos y tejidos, necesidad de autorización expresa de las Administraciones Públicas, consentimiento informado, confidencialidad y secreto⁶ y mediante el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, se regulan las actividades de donación y obtención de SCU en el ámbito nacional⁷. Mundialmente existe una red internacional que registra todas las donaciones, el llamado *Bone Marrow Donors Worldwide*, que en mayo de 2016 contaba con 53 bancos de cordón de 36 países y casi 700.000 unidades de SCU.

El pinzamiento tardío de cordón umbilical (CU) es definido como aquel que se puede realizar a partir del primer minuto de vida o cuando el cordón cese de latir⁸. Al realizar un alargamiento en el tiempo de pinzamiento de cordón, 20-35 ml/kg de sangre pueden ser transfundidos, incrementando hasta en un 50% el volumen sanguíneo fetal y, en consecuencia, los niveles de hematocrito, hemoglobina y ferritina hasta los 6 meses de edad; con la ventaja de reducir el riesgo de anemia y mejorar la oxigenación cerebral⁹. Otros beneficios de este tipo de clampaje son la reducción de sepsis y de hemorragia intraventricular¹⁰.

Por otra parte, la trasfusión placentaria excesiva puede conducir a policitemia neonatal, especialmente en embarazos con factores de riesgo tales como: haber vivido en zonas de altitud, padecer diabetes materna o sufrir retraso del crecimiento intrauterino¹¹.

Por otro lado, el pinzamiento precoz es aquel que se realiza antes del primer minuto de vida del recién nacido. Sobre su efecto no hay diferencias significativas con respecto al tardío en cuanto a la hemorragia postparto, en la administración de fármacos uterotónicos así como en los niveles de hemoglobina en el postparto¹². Con respecto a los resultados neonatales, los niños a los que se les practicó pinzamiento precoz necesitaron menos fototerapia al presentar un menor porcentaje de ictericia neonatal. Del mismo modo, también presentaron niveles inferiores de hemoglobina en comparación con los recién nacidos a los que se le sometió a pinzamiento tardío. En otros parámetros como la puntuación del test de Apgar o la necesidad de ingreso en la unidad neonatal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas¹³.

El volumen de sangre obtenido depende de distintos factores como la edad gestacional, el peso de la placenta, el colapso placentario, características del CU, si existe distress fetal, peso y sexo del recién nacido, momento del sangrado después del nacimiento, tipo de pinzamiento de cordón, tipo de desprendimiento placentario, parto prolongado o parto inducido. La consecución de una cantidad adecuada de sangre es mayor cuando el nacimiento es a término, cuanto mayor sea el peso de la placenta y cuando aún no se haya colapsado. Así mismo, un pinzamiento precoz del CU, cuando el resto de factores son favorables, incrementa la posibilidad de obtener un volumen mayor de sangre y células madre^{9,14}.

No obstante, no se ha encontrado guía ni evidencia sobre donación de SCU en la que se establezca el tiempo exacto en el que el pinzamiento tardío pudiera ser compatible con la recogida de un volumen suficiente de sangre. En el protocolo del Hospital San Pedro de Logroño no se hace referencia al tiempo de pinzamiento más adecuado. El Protocolo de Asistencia a la mujer gestante en la sala de partos del Hospital Universitario Clinic de Barcelona¹⁵ es el único protocolo encontrado en el que se detalla la técnica de recogida de SCU y en el que figura, de manera aproximada, la reali-

zación del clampaje de cordón a los 30 segundos de vida del neonato.

Objetivos

Objetivo general

Comparar si tanto con el pinzamiento tardío del CU como con el pinzamiento precoz, se consigue muestra suficiente de sangre para la donación de SCU.

Objetivos específicos

- Analizar el volumen obtenido para la donación de sangre de cordón en pinzamiento precoz y tardío de CU.
- Evaluar qué parámetros se relacionan con la obtención de un volumen adecuado de SCU extraído.

Metodología

Diseño

Se trata de un estudio de cohortes. Una de las cohortes estará definida por aquellas mujeres gestantes a las que se realice pinzamiento precoz del CU en el nacimiento de su hijo/a; mientras que la otra cohorte estará definida por aquellas a las que se haga pinzamiento tardío de CU.

Población de estudio

Todas aquellas mujeres gestantes que acudan al servicio de partos del Hospital San Pedro con trabajo de parto, entre junio de 2016 y septiembre de 2016.

- Criterios de inclusión: consentimiento materno para donación, mujer gestante a término, parto vaginal en Hospital San Pedro de Logroño (La Rioja), recogida de sangre de cordón previa a alumbramiento de placenta.
- Criterios de exclusión: parto precipitado, cumplir los criterios de exclusión de mujeres gestantes donantes de SCU del Plan Nacional de la Organización Nacional de Trasplantes.

Muestreo

Se ha incluido en el estudio todas aquellas mujeres que han deseado realizar donación de SCU, dentro del periodo de estudio de junio de 2016 a septiembre de 2016.

El número de mujeres gestantes que corresponde a cada una de las dos cohortes es:

- Cohorte 1: 52 mujeres gestantes a las que se les ha realizado pinzamiento precoz de CU durante el parto.
- Cohorte 2: 68 mujeres gestantes a las que se les ha realizado un pinzamiento tardío de CU durante el parto.

Las mujeres están distribuidas en un grupo u otro dependiendo de:

- Si la donación de sangre de cordón es solicitada por la mujer gestante, ha sido incluida en la cohorte 1 de pinzamiento precoz para asegurar la validez de la muestra.
- Si la matrona que le atiende el parto es la que le ofrece la posibilidad de donar y la mujer gestante acepta, se ha incluido en la cohorte 1 de pinzamiento precoz.
- Si la matrona que le atiende le ofrece la realización de la donación de SCU, pero la mujer gestante no está segura o requiere mayor información, habrá sido informada sobre la posibilidad de realizarla mediante pinzamiento tardío. Si acepta, se le ha incluido en la cohorte 2.

Estrategia de análisis de datos estadísticos

Han sido realizados análisis descriptivos de todas las variables por separado, mediante frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas, y mediante los estadísticos media y desviación estándar en el caso de variables cuantitativas continuas. Si alguna variable cuantitativa no ha tenido una distribución normal, se ha empleado para su descripción la mediana y los percentiles 25 y 75. El análisis bivariante se realizará empleando las pruebas de Chi cuadrado para la comparación de proporciones, las de t de *Student-Fisher* (previa comprobación del supuesto de igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene) para la comparación de medias. Todas las pruebas estadísticas han sido bilaterales, considerando como nivel de confianza el 95%. Los cálculos se han realizado con ayuda del programa *R Commander*.

Resultados

La muestra inicial la constituyeron 151 mujeres y 129 cumplieron los criterios de inclusión, de las cuales nueve fueron pérdidas.

El total de muestras de SCU válidas para el estudio, mayores o iguales de 110 g, fueron 38,8% (número absoluto 50). El número de muestras no válidas fue de 53,7% (77).

El número de muestras obtenidas realizadas con un tiempo de pinzamiento de cordón considerado tardío (mayor o igual de 60 segundos) fueron 52,71% (68). Las muestras obtenidas con pinzamiento precoz (menor de 60 segundos) fueron 40,31% (52).

Las muestras válidas para la donación de SCU (mayores de 110 g), realizadas con pinzamiento tardío fueron de un 22,4% (15); mientras que con pinzamiento precoz se lograron un 59,6% (31). No obstante, comparando el volumen de sangre válida para donación con el tiempo de pinzamiento entre 30-60 segundos son válidas un 40% de las muestras (8).

En cuanto al tiempo del pinzamiento de CU y al peso de la placenta se demostró su relación de forma estadísticamente significativa con el volumen obtenido de SCU. Cuanto menor sea el tiempo en que se realiza el pinzamiento y mayor peso de la placenta, mayor volumen de sangre es obtenido (Tabla 1 y 2).

Además, se estudiaron otras variables como el peso de recién nacido y las semanas de gestación de la mujer gestante y, aunque no se demostraron diferencias estadísticamente significativas, si se obtuvo una influencia en el volumen obtenido de SCU (Tabla 3 y 4).

También se analizaron otras variables como las características del CU, niveles de hemoglobina y hematocrito de la mujer gestante en el tercer trimestre, el sexo del recién nacido y el percentil del feto en la ecografía del tercer tri-

mestre, sin obtener diferencias estadísticamente significativas relacionado con el volumen obtenido de sangre para la donación.

Discusión

En este proyecto, llevado a cabo en el Hospital San Pedro de Logroño, se ha considerado muestra válida para realizar donación de SCU lo establecido por el Banco de Sangre de Madrid; es decir, aquella bolsa con un volumen mayor o igual a 110 g. Según la bibliografía revisada en otros hospitales, los bancos solicitan como muestras aptas aquellas superiores o iguales a 90 g. Por ello, en este estudio se ha comparado el tiempo de pinzamiento de cordón y las muestras válidas según este último criterio.

Tabla 1. Relación tipo y tiempo de pinzamiento con el volumen de sangre

Variables	Volumen sangre \geq 110 g (nº absoluto)	Valor p
Pinzamiento precoz	59,6% (31)	0,001
Pinzamiento tardío	22,4% (15)	0,001
Pinzamiento 30-60 seg	40% (8)	0,001
Pinzamiento \geq 60 seg	22,4% (15)	0,001

Tabla 2. Relación peso de la placenta con el volumen de sangre obtenido

Variable	Volumen sangre 90-109 g (nº absoluto)	Volumen sangre \geq 110 g (nº absoluto)	Valor p
Peso placenta 0-399 g	40% (2)	40% (2)	0,02
Peso placenta 400-599 g	28,6% (18)	30,2% (19)	0,02
Peso placenta \geq 600 g	36,7% (18)	49% (24)	0,02

Tabla 3. Peso del recién nacido con el volumen de sangre obtenido

Variables	Volumen sangre \geq 110 g (nº absoluto)	Valor p
Peso RN 2.500-3.999 g	38,9% (44)	0,2
Peso RN \geq 4.000 g	55,6% (5)	0,2

Tabla 4. Relación de semanas gestacionales con volumen de muestra suficiente

Variables	Volumen sangre \geq 110 g (nº absoluto)	Valor p
SG 37-40	32,8% (20)	0,1
SG \geq 40	45,5% (30)	0,1

En el presente estudio se han obtenido un total de 61,2% de muestras válidas (consideradas aquellas mayores o iguales de 90 g), siendo recogidas con un pinzamiento tardío de CU. Procurando acercarse a los beneficios del pinzamiento tardío, e intentando lograr el máximo número de muestras válidas posibles, se objetiva que esto se puede alcanzar si se realiza un pinzamiento intermedio (30-60 segundos). De este modo se ha aumentado el porcentaje de muestras válidas a un 70%, esta comparación es estadísticamente significativa.

Por otro lado, en otras variables estudiadas se han obtenido diferencias no estadísticamente significativas, pero se ha observado un aumento del porcentaje de muestras válidas con las siguientes variables:

- El peso del recién nacido permite predecir la obtención de un mayor volumen de sangre, cuanto mayor es el peso del recién nacido, mayor es la cantidad de sangre extraída (Tabla 3).
- En cuanto a las semanas de gestación, a mayor edad gestacional mayor es el porcentaje de muestra de sangre válida (Tabla 4).

Sin embargo, el tipo de inserción o la presencia de nudos del CU en la placenta, el percentil del feto en el tercer trimestre, el sexo del recién nacido y los parámetros maternos como los niveles de hemoglobina y hematocrito en el tercer trimestre de gestación, no han mostrado ninguna relación con el volumen de sangre extraído.

Como limitaciones de este estudio se encuentran la escasez de tiempo para realizar la recogida de datos, una muestra insuficiente no representativa de la población y una mala praxis en la técnica de extracción de SCU. Por ello, se propone la realización de más estudios subsanando las limitaciones anteriormente nombradas.

Conclusiones

De todas las variables estudiadas se objetiva que influyen en la obtención de muestras válidas para donación de SCU, el tiempo en el que se realiza el pinzamiento del cordón y el peso de la placenta.

Se destaca que el pinzamiento precoz (menor de 60 segundos) es el más eficaz para lograr volúmenes de sangre válidos como lo solicita el banco de sangre que procesa las muestras de este hospital. Por el contrario, con un pinzamiento tardío mayor o igual de 60 segundos se obtiene menor porcentaje de muestras de sangre válidas.

No obstante, se ha observado que realizando un pinzamiento entre 30- 60 segundos se obtiene un porcentaje mayor de muestras aptas para donación que con un pinzamiento tardío mayor de 60 segundos. De esta manera se pretende

conseguir mayor número de donaciones válidas procurando el mayor beneficio para el recién nacido, a diferencia de un pinzamiento menor de 30 segundos.

Del resto de parámetros estudiados, posiblemente influyentes en la obtención de un mayor volumen de sangre, se han encontrado diferencias significativas en el peso de la placenta, obteniendo más muestras válidas a mayor peso placentario.

Agradecimientos

Agradecer a todo el personal de partos del Hospital San Pedro por su colaboración en la recogida de muestras y hacer posible la realización de este trabajo de investigación.

Bibliografía

1. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical [internet]. ONT; 2008 [citado 17 jul 2017]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/plannscu.pdf>
2. Troyano Luque J, Madero L. Células madre de la sangre de cordón umbilical. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2014.
3. BMDW. Bone Marrow Donors Worldwide (BMDW). A global database of lifesaving stem cell donors [internet]. Bone Marrow Donors Worldwide. [citado 19 jul 2017]. Disponible en: <https://www.bmdw.org/>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa. España, líder mundial en bancos y uso terapéutico de sangre de cordón umbilical [internet]. [citado 19 jul 2017]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3053>
5. Inclán Iribar GM. Remisión informe s/ viabilidad de creación de una red de recogida de sangre de cordón umbilical [internet]. Vitoria: Departamento de Sanidad Gobierno País Vasco; julio de 2006.
6. Risco DL. Donación y uso privativo de la sangre del cordón umbilical: aspectos jurídicos. Derecho Salud. 2007; 15(2):181-216.
7. Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. Boletín Oficial del Estado (BOE), de 5 de julio de 2014; (163):52716-63.

8. Oliveira F de CC, Assis KF, Martins MC, do Prado MRMC, Ribeiro AQ, Sant'Ana LF da R, et al. Timing of clamping and factors associated with iron stores in full-term newborns. *Rev Saúde Pública* febr 2014; 48(1):10-8.
9. Armsom BA, Allan DS, Casper RF. Umbilical Cord Blood: Counselling, Collection, and Banking. *J Obstet Gynaecol Can.* sep 2015; 37(9):832-44.
10. Sanberg PR, Divers R, Mehindru A, Mehindru A, Borlongan CV. Delayed umbilical cord blood clamping: first line of defense against neonatal and age-related disorders. *Wulfenia* jun 2014; 21(6):243-9.
11. Raju TNK, Singal N. Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth. *Clin Perinatol* [internet]. dic 2012 [citado 19 jul 2017]; 39(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835342/>
12. Correa RMT, Cubas JAC. Hemoglobina en recién nacidos por parto vaginal según clampaje precoz o tardío del cordón umbilical, a 2.700 metros sobre el nivel del mar [internet]. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2015 [citado 19 jul 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323442608004>
13. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. In: The Cochrane Collaboration (ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 19 jul 2017]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
14. Pafumi C, Leanza V, Carbonaro A, Leanza G, Iemmola A, Abate G, et al. CD34+ stem cells from umbilical cord blood. *Clin Pract.* oct 2011; 1(3):79.
15. Servei de medicina maternofetal. Protocolo: Asistencia a la gestante en sala de partos [internet]. Hospital Clínic Barcelona; [citado 19 jul 2017]. Disponible en: <https://medicina-fetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/asistencia%20a%20la%20gestante%20en%20sala%20de%20partos.pdf>

Programas de educación para la salud en el climaterio para disminuir los riesgos asociados a la menopausia

¹ Patricia M^a Villa Gómez

² Miriam Orellana Reyes

¹ Gustavo Silva Muñoz

¹ Matron/a. Hospital Universitario Cruces (Baracaldo).

E-mail: tryzia-87@hotmail.com

² Matrona. Hospital General de La Palma (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

El climaterio constituye una etapa de la vida de la mujer situada entre los 45 y 64 años de edad en la que se van a producir cambios relevantes a nivel fisiológico, psicológico y social. La educación sanitaria durante este periodo pasaría a ser un elemento fundamental para la promoción de la salud, así como para la prevención de posibles problemas que puedan surgir derivados de esta etapa.

Son muchos los centros de atención primaria que no disponen de programas de atención integral a la mujer durante el climaterio, pudiendo observar en las consultas el desconocimiento acerca del proceso y las necesidades de información de la población afectada, repercutiendo en la calidad de vida de muchas mujeres. El presente trabajo tiene como objetivo revisar la evidencia sobre la necesidad de instaurar programas educativos como medio para mejorar la calidad de vida de las mujeres y para disminuir los riesgos asociados a la menopausia, lo que, de ser así, derivaría en un ahorro económico, pues retrasaría o prevendría las complicaciones que se derivan del climaterio y, por tanto, la necesidad futura de ingreso hospitalario, polimedición, asistencia en servicios de urgencias, etc.

Palabras clave: educación para la salud; climaterio; programa; menopausia.

Abstract

Health education programs on climacteric to reduce the risks associated with menopause

Climacteric consists in a stage in woman's life between 45 and 64 years of age, where relevant changes will occur at physiological, psychological and social level. Health education during this period would become an essential element for health promotion, as well as for the prevention of any potential associated problems that might arise.

There are many Primary Care Centres without Comprehensive Care Programs for women during climacteric; lack of knowledge about the process has been observed, as well as the need for information by the population affected, and this will have an impact on the quality of life of many women. The objective of this article is to review the evidence on the need to implement educational programs as a means to improve the quality of life of women, and to reduce the risks associated with menopause; this would lead to economic savings, because it will delay or prevent the complications associated with climacteric and, therefore, the future need for hospital admission, poly-medication, attention at Emergency Units, etc.

Key words: health education; climacteric; program; menopause.

Introducción

El climaterio es un periodo largo que comprende la premenopausia y parte de la postmenopausia, y se caracteriza por una serie de signos y síntomas debidos fundamentalmente a la carencia hormonal¹⁻³. Es decir, constituye una etapa de la vida de la mujer situada entre los 45 y 64 años de edad en la que se van a producir cambios relevantes no solo en el ámbito fisiológico, sino también en el psicológico y social. La creciente esperanza de vida de la mujer en España, junto con la demanda de información por parte de las mismas, hace plantearse la necesidad de informar a los profesionales sobre la importancia de la educación sanitaria en esta etapa, para mejorar la calidad de vida de esta población y para la prevención de posibles problemas que puedan surgir, ya que las españolas vivirán de media 34 años en esta etapa fisiológica.

Objetivo y metodología

El objetivo es dar a conocer la importancia de instaurar un programa educativo para las mujeres en el climaterio para poder mejorar la calidad de vida de las mismas y disminuir los riesgos asociados a la menopausia, a través de una revisión de las publicaciones basadas en la evidencia científica existente en las principales bases de datos online: *Pubmed*, *Medline*, *Cochrane Plus*, *SciELO* y *Cuiden*.

Resultados

Los cambios que se producen en la mujer durante el climaterio tanto en el ámbito fisiológico, como psicológico y social, suponen un acontecimiento que va a marcar el inicio de una etapa más en la vida de la mujer y que va a estar influenciada por el entorno sociocultural en el que esté inmersa, esto supondrá una transición del rol de la mujer⁴, todo esto hace que la puesta en marcha de un programa de EPS en el climaterio adquiera una mayor importancia, pues se conseguiría apoyar a las mujeres en esta etapa y dotarlas de las herramientas suficientes para lograr una adaptación satisfactoria a este ciclo de la vida desde un punto de vista positivo.

Numerosos estudios avalan que la educación sanitaria durante este periodo pasará a ser un elemento fundamental para la promoción de la salud, así como para la prevención de posibles problemas que puedan surgir derivados de esta etapa^{3,5}. De hecho algunas comunidades autónomas (CC.AA.) españolas desarrollan planes asistenciales específicos referidos a la mujer menopáusica, lamentablemente en otras CC.AA. son muchos los centros de atención primaria que no disponen de programas de atención integral a la mujer durante el climaterio, pudiendo observar en las consultas el desconocimiento acerca del proceso y las necesidades de información respecto a los autocuidados de la población afectada, repercutiendo en la calidad de vida de muchas mujeres.

Un estudio realizado en el Área Hospitalaria del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla) sobre el grado de información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio dio como resultado que la falta de información sobre las medidas para prevenir las complicaciones de la menopausia se manifiesta de manera importante. Mayoritariamente, las mujeres se consideran poco o mal informadas, y la principal vía de información es la familia, los amigos y los medios de comunicación. Solo el 15% de las mujeres había recibido información por parte del personal sanitario⁶.

Otros autores establecen que las mujeres opinan que la información es escasa y se limita al conocimiento de algunos síntomas como los sofocos, el bajo estado de ánimo y la irritabilidad, pero no son informadas acerca de medidas de autocuidados y formas de abordar la sintomatología asociada al climaterio⁷⁻⁹.

Según un estudio realizado por el Centro de Información de la Menopausia (CIM), la falta de información sobre qué hacer para prevenir las complicaciones de esta se manifiesta en la mayoría de las mujeres. Asimismo, existe un temor importante a quedar físicamente incapacitada, con las consecuencias que esto conlleva sobre su vida personal, familiar y social¹⁰. En esta línea todos expresan la necesidad de programas de salud para mujeres en el climaterio, alegando además que las matronas, que son las que tienen contacto regular con las mujeres durante su ciclo vital, tienen un papel importante que desempeñar en el suministro de información, así como para dar las claves de autocuidados para prevenir los problemas o mitigar los síntomas climatericos.

Esto obliga a señalar cuáles son esos síntomas que aparecen en esta etapa de la mujer^{5, 11-13}:

- Síntomas vasomotores: el síntoma más frecuente son los sofocos, además aparecen sudoración intensa, fatiga, irritabilidad, alteración del sueño, disminución de la concentración, etc.
- Atrofia vaginal: esto provoca una disminución de la lubricación, picores, dispareunia, por tanto, genera una pérdida de la libido.
- Más propensión a padecer infecciones del tracto urinario e incontinencia urinaria, aunque esta última está asociada a otros factores como la edad, la paridad, prolapsos uterinos, etc.
- Se produce sequedad de piel y mucosas.
- Estado de ánimo: los cambios que se producen supondrán una transición del rol de la mujer, que afectará en mayor o menor medida dependiendo del entorno sociocultural en el que esté inmersa y de cómo se adapte a los cambios que se van a producir en su cuerpo.
- Osteoporosis: lo que aumenta el riesgo de fracturas.

En una encuesta española realizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos¹⁵ se observó que la mitad de las mujeres en esa etapa tienen sobrepeso u obesidad, que junto con el sedentarismo suponen factores de riesgo importante de aparición de síntomas vasomotores, además, en el 67% de los casos su alimentación no se ajusta a la dieta mediterránea, la cual, junto con el ejercicio físico, previene y mejora (en los casos de que se padezca) la osteoporosis, dislipemias, obesidad¹⁵⁻¹⁹, etc. Además, una de cada cinco mujeres en edad climaterica es fumadora, a pesar de que el tabaquismo es un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer, y la nicotina influye en los síntomas vasomotores de la menopausia^{14, 20-22}.

En Venezuela, por ejemplo, nueve de cada diez mujeres pasan la menopausia con algún tipo de malestar o trastorno. El 50% no acude al médico cuando aparecen estos trastornos, el 46% niega que sea un problema y, de las que lo aceptan como tal, el 54% piensa que es el principio del fin²⁴.

En un estudio se observó que alrededor del 83% de las mujeres presentaba clínica de variada intensidad, considerándose severa en un 49,3% y que se prolonga por más de cinco años en el 28,4%²³.

En tal sentido, las manifestaciones vasomotoras caracterizadas por sofocos, rubor y sudoración de predominio nocturno pueden llegar a ser muy molestas, acentuando el insomnio que acompaña a las alteraciones neuropsíquicas, produciendo irritabilidad, cambios de carácter, pérdida de la concentración y memoria, así como disminución o ausencia de la libido. De este modo, el climaterio puede alterar la calidad de vida de la mujer y además está asociado a un aumento de los factores de riesgo cardiovascular y osteoporosis²⁴.

La hipertensión es un factor de riesgo (FR) para la enfermedad cardiovascular (CV) y según estudios realizados por la AEEM, a partir de los 50 años, son las mujeres quienes presentan tensiones más elevadas²⁵. En esto influyen varios factores: el déficit estrogénico, la dieta y los factores genéticos. En la Encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo padecía hipertensión arterial el 14,1% de las mujeres en edad de climaterio, y en un estudio de la AEEM, la padecía el 17,9%²⁶.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado a la osteoporosis como "una epidemia intolerable" y constituye una de las diez enfermedades que más daño causa a la humanidad. Esta afección es responsable del 70% de las fracturas por trauma menor en la población femenina mayor de 45 años. Estudios sugieren que el 40% de las mayores de 50 años sufrirá una fractura osteoporótica en algún momento de su vida, siendo la de columna vertebral la más común en la menopausia temprana. Se estima que una de cada tres mujeres la presentará^{23,24}.

En un estudio realizado en la comunidad valenciana sobre la efectividad de un programa de salud en el climaterio se observó resultados muy positivos y estadísticamente signifi-

ficativos en cuanto a calidad de vida, disminución de sintomatología. Los resultados obtenidos fueron los siguientes²⁷:

- Un 28% de las participantes mejoró la percepción de su estado de salud; un 52%, su puntuación en el test de valoración de la capacidad funcional; un 51%, su puntuación en el test de Kupperman, y un 55%, sus puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida.
- En todos los apartados referidos a sintomatología se produjo una disminución significativa ($p < 0,001$) del porcentaje de mujeres afectadas, destacando los relativos al dolor articular, del 61 al 45,7%; la incontinencia urinaria, del 19,7 al 14,4%; y la sequedad vaginal, que pasó a ser del 44,9 al 34,2%.
- Respecto a la sexualidad, la proporción de mujeres que manifestó mejoras fue menor, pero también significativa.

Además, pudieron detectar determinados riesgos o problemas de salud que hasta ese momento eran desconocidos para las mujeres: 265 personas con hipertensión (21%), 244 mujeres con cifras altas de colesterolemia (19,3%), 10 cánceres de cérvix (0,8%), seis cánceres de mama (0,5%) y dos cánceres de endometrio (0,1%)²⁷.

Todo esto pone de manifiesto la importancia de que en todas las comunidades autónomas se instauren programas educativos en el climaterio para mejorar el estado de salud de las mujeres.

Conclusión

La instauración de un programa de estas características dirigido a mujeres en la etapa del climaterio, dado los resultados obtenidos en los estudios, conseguiría que aumentase la calidad de vida de las mismas, disminuyendo los factores de riesgos asociados al climaterio y aumentando el grado de conocimiento y, por tanto, la satisfacción de las mismas. Todo ello evitará a un gran número de mujeres contraer en los últimos 30 años de sus vidas enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, reumatismos, etc. y, por tanto, contribuirán a mejorar las condiciones de salud de la población en general.

Es tal la importancia de la educación sanitaria durante la etapa climaterica, que se hace imprescindible la dotación en cada centro de atención primaria de un programa de atención integral a estas mujeres, llevado por una matrona, que facilite toda la información necesaria y las dote de las herramientas suficientes para ser ellas mismas las que modifiquen su estilo de vida y aumenten la calidad de la misma, contando con un personal de referencia al que preguntar y resolver sus dudas. Así como están implantados en todos los centros de salud las clases de educación maternal a la mujer embarazada, también debería de existir un programa educativo para las mujeres en la etapa climaterica, que a

pesar de ser una gran parte de la población femenina, son las grandes olvidadas en el sistema sanitario.

Además, se situará la figura de la matrona dentro de un marco, que aunque desconocido por muchas, pues en un estudio solo el 31% de las mujeres preguntaría sobre el climaterio a las matronas, pertenece a su área de competencias⁶.

Bibliografía

- Asociación española para el estudio de la menopausia [sede web] [citado 19 jul 2017]. Disponible en: <http://www.aeem.es>
- Navarro J, Calaf J, Comino R, Ferrer J, Magnani E, Parrilla JJ, et al. El climaterio. Barcelona: Masson; 1999.
- Lugones Botell M, Quintana Riverón TY, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997; 13(5):494-503.
- Ramírez Imedio L. La menopausia un ciclo de vida. Percepción de las mujeres rurales en la provincia de Granada. Biblioteca Lascasas, 2009 [citado 19 jul 2017]; 5(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0453.php>
- Goberna Tricas J. Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Profesión* 2002; 8:4-12.
- Arnedillo Sánchez MS, Pozo Pérez F, Zarazaga Pérez MC. Grado de información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio. *Matronas Prof.* 2001; 2(5):35-9.
- Berni NI, Luz MH, Kohlrausch SC. Knowledge, perceptions and assistance to woman's health in the climacteric. *Rev Bras Enferm.* 2007 May-Jun; 60(3):299-306.
- Berterö C. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *Int Nurs Rev.* 2003 Jun; 50(2):109-18.
- Capilla P. Mujer y menopausia. Un problema social y sanitario. *Sesenta y Más. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales.* Madrid: INSERSO; 1996; 132:48-53.
- Centro de Información de la Menopausia. Resultados del segundo estudio sociológico sobre menopausia en España. Zona Andalucía Marzo-Junio 1999.
- Dennerstein L, Guthrie J, Birkhäuser M, Shernan S. Symptoms and the menopause. *International Position Paper on Women's Health and Menopause: A comprehensive Approach.* National Institutes of Health 2002; 43-63.
- Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 96:351-8.
- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 345-56.
- Plenufar 5. Educación nutricional en la menopausia. Consejo Oficial de de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [citado 19 jul 2017]. Disponible en: www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documentos-Publica/2014-Memoria-Resultados-Plenufar-5.pdf
- Quiles Izquierdo J. Consejos y cuidados nutricionales en el climaterio. *Alim Nutri Salud* 2000; 7(2):37-50.
- Aranda J, Gabaldón J. Alimentación saludable para la mujer de 45 a 64 años. Guía del Programa de Atención Integral a la mujer climatérica. Valencia: Generalitat Valenciana; 1993.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso Español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:782-7.
- Dilsen G, Oral A, Gökmen E. Papel de la actividad física en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. *Rev Clin Esp* 1991; 188:59-64.
- Zylstra S, Hopkins A. Efecto de la actividad física sobre la densidad ósea de la columna lumbar y cuello del fémur. *International Journal of Sports Medicine* 1989; 10:181-6.
- Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152:463-73.
- Caballero Gordo A. Hábitos tóxicos y menopausia. *Acta Ginecológica* 1997; 54:324-32.
- Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C. Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1646-53.
- Yabur JA. Epidemiología de la menopausia en Venezuela. En: Terán Dávila J, Febres Balestrini F (eds.). *Medicina del climaterio y la menopausia.* Caracas: Editorial Ateproca; 1999. p.1-14.
- Álvarez Gómez R, Martín Gramcko E, Bordonos de Álvarez M. Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008; 68(1):32-40.
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Libro Blanco de la Menopausia en España. Madrid: EMISA; 2000.
- Aranda Lara P, Aranda Lara F. Hipertensión arterial en la mujer menopáusica. En: Cabero Roura A (ed.). *Postmenopausia y enfermedad vascular.* Barcelona: Graf. Soler; 1998.
- Marín Torres RM, Quiles izquierdo J, Pastor Villalba E. Evaluación preliminar del programa de Atención integral a la mujer climatérica (PAIMC) en la Comunidad Valenciana. *Rvmf.* 2001; 05(1):18-23.

Para los amantes de los libros en papel

COLECCIÓN ENFERMERÍA S.21 COMPLETA

Enfermería

21



**APROVÉCHATE DE ESTA
OPORTUNIDAD ÚNICA**

~~641,40€~~

266€

ÚLTIMOS EJEMPLARES

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Las matronas españolas interesadas por la entrada en el Mercado Común Europeo (mayo 1976)



Traemos a estas páginas un hecho probablemente desconocido para la mayoría de las/os lectores, y que por la trascendencia del mismo, habla de las iniciativas que siempre han tenido las matronas, queremos dar a conocer desde estas páginas. Empezaremos contextualizando históricamente la iniciativa:

Después de varios intentos de integración europea en los primeros años tras la II Guerra Mundial, un acuerdo de 1951 dio lugar a la creación de la CECA (Comunidad Europea del Carbón y del Acero) que permitía el comercio entre los países firmantes (Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Alemania Occidental, Francia e Italia). Esta experiencia condujo a la firma del Tratado de Roma en 1957, creándose la CEE que englobaba a la mencionada CECA, a la Comisión Europea de Energía Atómica (EURATOM) y la CEE propiamente dicha. Todas estas instituciones fueron creadas con el ánimo de impulsar la cooperación política y económica de los países miembros, a la vez que reducir tensiones y promover la reconciliación, especialmente entre franceses y alemanes, intentando de esta forma aminorar o desterrar el fantasma de una nueva guerra.

Con esta unión se pretendía eliminar barreras comerciales con una política común de comercio exterior que con el tiempo conseguiría el control sobre políticas ambientales, educativas y de salud, entre otras áreas. A los países fundadores tras la firma del Tratado de Roma, Francia, Alemania Occidental, Italia, Luxemburgo, Países Bajos y Bélgica, en 1957, se le fueron uniendo en una segunda entrada en 1973 Dinamarca, Irlanda, Reino Unido. Aún quedaban muchos años hasta formar la UE y en los que hasta el momento presente han ingresado un total de 28 países; asimismo, estamos a punto de asistir a la primera salida de uno de ellos tras el *Brexit* aprobado en Reino Unido.

Ahora hablamos de la iniciativa de las matronas para la que nos remontamos a mayo de 1976, fecha en que las presidentas de los Colegios Provinciales de Matronas de España eran convocadas por el órgano rector de la profesión, el

Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas. Entre un buen número de asuntos a tratar, como consta en el acta, destaca uno: el interés de las matronas por conocer la situación y beneficios de la integración de España en la Comunidad Económica Europea que, como bien sabemos todos, no se produciría hasta enero de 1986. Por ello, invitaron a España a la presidenta de la Asociación Alemana de Matronas y "del Mercado Común", Fran Ruth Kölle, como se presentaba, imaginamos, orgullosa y convencida de los beneficios de esta pertenencia a la CEE también para la profesión de matronas.

En aquel encuentro la invitada, perteneciente y representando a la Asociación Alemana de Matronas de Alemania Occidental (Alemania Oriental no ingresó en la CEE hasta 1990 como parte de la Alemania reunificada), explicó que las matronas de los países miembros de la CEE se reunían desde 1968 en lo que se dio en llamar "Comité Permanente de Matronas", tratando de conocer la forma de trabajo en cada país miembro a fin de llegar a acuerdos comunes en materia de "preparación escolar, docencia, y contenido de la preparación profesional de las matronas, situación jurídica etc."

Explicaba que el Comité Permanente de Matronas de la CEE, ante la diversidad de formaciones, estaba previendo unificarlas y barajaban dos posibilidades:

Doce años de escolaridad (Bachiller) y tres años de carrera profesional o diez años de escolaridad (Bachiller elemental) y tres años de enseñanza en los cuidados de enfermos y después dos años de carrera de matrona.

La señora Kölle describía la labor de la matrona en Alemania que estaba circunscrita a la preparación al parto, gimnasia, dirección del parto y cuidado de la madre y el niño hasta el 10º día tras el nacimiento.

En cuanto a la dirección de la Asociación de Matronas, explicaba que se regía de forma independiente, y su objetivo era el de velar por el interés de las matronas, aunque siempre



manteniendo contacto y relación con la asociación de médicos, enfermeras y otras profesiones relacionadas con la sanidad, sin dependencia ni financiación gubernamental. Esta situación, comentaba, era más o menos parecida en el resto de países miembros.

Expresó que en los acuerdos de la Junta del Mercado Común se incluía que las matronas podían trabajar en los nueve países miembros hasta la fecha, bien de forma libre o como asalariadas, para lo cual había un reconocimiento de títulos y exámenes, lo que hoy conocemos como libre circulación de trabajadores en la CEE contemplada en la Directiva 2004/38/CE y el reconocimiento de cualificaciones profesionales reconocido en la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, ambas incorporadas al ordenamiento jurídico español.

Respecto a la organización de la Asociación de Matronas de su país entonces (B.D.H.), comentó que estaba formada por 16 asociaciones provinciales de 11 provincias alemanas y que era obligado que las matronas estuvieran adscritas a la asociación, la cual mantenía contactos con el gobierno y las autoridades correspondientes. Así mismo, sus actividades asociativas comprendían una reunión anual de todas las delegadas provinciales y un encuentro bianual para debatir temas científicos y profesionales.

Por otra parte, apuntaba que las matronas dirigían los cursos de preparación psicósomática en los centros de salud públicos

o privadamente, expresando así mismo la necesidad de que estas se emplearan más a fondo de lo que se estaban empleando en este campo, para poder ofrecer a las madres cuidados pre y postnatales de calidad.

La señora Kölle expuso cómo la Asociación Alemana de Matronas, ante el desacuerdo con el Ministerio de Salud que presentó entre 1974-75 un proyecto de ley sobre profesiones no médicas en los cuidados a enfermos y asistencia a partos, propuso una enmienda.

La presidenta hizo énfasis en la importancia de que el cometido de las matronas debía empezar en el embarazo. Así la BDH proyectaba proporcionar cursos de preparación al parto para las matronas para que estas pudieran instruir a las futuras madres.

Otras de las actividades futuras de la asociación –explicaban– eran las de suministrar a las matronas cursos de perfeccionamiento profesional y cuidados materno-infantiles hasta los 28 días tras el parto. De igual modo, las matronas que estuvieran capacitadas para ello, en colaboración con el médico, debían prepararse con cursos de planificación familiar.

Con el deseo expreso de que algún día España se integrara en la CEE, lo que aún tardaría casi 10 años más, se cerró este encuentro finalizando posteriormente su breve estancia en España con una visita al entonces llamado Hospital General "La Paz", inaugurado en 1964 como primer gran centro hospitalario español.

Contenido extraído del Acta de la Reunión de Presidentas de los Colegios Provinciales convocada por la Junta de Gobierno del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas, los días 3-5 de mayo de 1976, bajo la presidencia de Dña. Mª García Martín

XVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

La 18ª edición del Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas celebrado los días 25-27 de mayo en Málaga, una vez más, ha brillado por la calidad y la especialización

La difícil apuesta de la Asociación Española de Matronas de realizar una nueva edición de su congreso nacional en momentos en los que la crisis económica continua y que los congresos, por tal motivo, se resienten, habida cuenta de que tanto matronas, como los patrocinadores de FARMA INDUSTRIA y empresas relacionadas, sin los que sería imposible realizar estos eventos, llevan años sufriendo recortes en sus presupuestos, ha concluido con éxito. Por otra parte, no se puede pasar por alto que a las dificultades mencionadas hay que añadir que actualmente se han multiplicado exponencialmente las reuniones científicas para matronas, tanto en el ámbito autonómico como nacional. También en esta ocasión, el hecho de haber coincidido el Congreso Nacional de Matronas con el mayor acontecimiento mundial de la profesión enfermera, el Congreso Internacional de la CIE con 15.000 enfermeros asistentes, ha hecho mella entre las matronas eligiendo algunas este encuentro internacional, ya que representaba una oportunidad que no se repetirá en España en muchos años dado su carácter bienal y el número de socios del CIE mayor de 130 países y que reclaman ser anfitriones.

A pesar de lo cual, y con una diferencia notable con la asistencia registrada en todos los congresos de la AEM anteriores al 2010 (821 congresistas en Alicante 2009), el número total, cercano a las 300 matronas asistentes a este congreso, es meritorio en la situación actual descrita, tanto más viendo el perfil del colectivo asistente que es el auténtico relevo generacional ya en marcha. El evento contó con representación de todas las comunidades autónomas, muy especialmente con la de Andalucía encabezada por la presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas, Dña. Carmen Martínez Soto, quien gentilmente aceptó la invitación de la AEM a participar como ponente en este congreso

y la de algún otro miembro más de la junta ejecutiva de la citada asociación autonómica. Incluso hubo participación de matronas chilenas.

Con las apreciaciones y comentarios de los congresistas *in situ*, y una vez que la AEM ha leído las valoraciones escritas recogidas, la organización se siente especialmente satisfecha porque todos han expresado su complacencia con el programa científico diseñado especialmente para este congreso, y con la acogida dispensada por la Asociación Española de Matronas que ha cuidado hasta el último detalle en todas las actividades, tanto científicas como lúdicas, para que realmente todos los participantes se sintieran "como en casa" y que apreciaran que todo estaba pensado para su aprovechamiento y disfrute. Sin duda, los objetivos se han cumplido al 100%, los congresistas lo han dicho y la organización ha recogido con inmenso orgullo y satisfacción su estimación.

Gran calidad de ponentes y temas

Cabe destacar por su éxito rotundo, la ponencia inaugural titulada "Alcance de la epigenética en la vida de las personas" realizada por D. Salvador Martínez, un experto de talla internacional en Neurobiología del desarrollo, específicamente en embriología experimental y director del Instituto de Neurociencias de Alicante. En su magnífica exposición dejó claro que la vida es el mayor estímulo, y el ambiente modifica la apertura y la expresión de nuestras capacidades. El cariño de los padres en los primeros días de la vida es básico para el desarrollo integral de las personas.

El programa tan amplio como variado ha abarcado

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas



D. Salvador Martínez en un momento de su exposición



Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla, presidenta de la Asociación Española de Matronas, y Dña. Carmen Molinero Fraguas, presidenta de la Comisión Nacional, junto al profesor Martínez

desde temas relacionados con la morbilidad neonatal e infantil por problemas obstétricos neonatales, como nutrición y alimentación preconcepcional, aspectos deontológicos y legales de las actuaciones de las matronas, formación de especialistas, situación especial de las matronas en Andalucía, e incluso temas sobre comunicación que favorecen el acercamiento y la comprensión entre matronas y mujeres gestantes, propiciando un clima de entendimiento y confianza imprescindibles en los dos sentidos. Ha sido unánime la opinión de los congresistas: las ponencias han sido formidablemente expuestas por unos ponentes versados en las materias y extraordinarios oradores. Prueba de ello ha sido que ni los múltiples atractivos de la ciudad de acogida han menoscabado la permanencia constante de los congresistas en la sala.

MESA MULTIDISPLINAR. Malos resultados durante la práctica Obstétrica/Neonatal. Riesgos de demandas. ¿Qué se debe hacer? Dr. D. Andrés Carlos López.

Aspectos deontológicos en la actividad de las matronas. Dña. Mª Isabel Castelló López, presidenta de la Comisión Deontológica del CECOVA.

Situación actual de las demandas a las matronas. D. Alberto Ortega Pérez.

Importante temática expuesta en esta mesa de forma clara sobre el equilibrio entre el equipo de trabajo como premisa de una relación de confianza entre los

distintos profesionales. Esta es una necesidad básica para hacer nuestra labor, pero no se ha de ser ingenuos a la hora de los conflictos, ya que estos, en nuestra disciplina, son de tal magnitud que afectan a nuestra salud emocional, produciendo a veces un alto coste económico y familiar. Por eso, se nos recomienda registrar de manera exhaustiva las incidencias que ocurran en el cuidado de las mujeres en la praxis diaria, teniendo siempre presente los aspectos éticos de la misma.



De izq. a dcha.: D. Alberto Ortega Pérez, Dña. Mª Isabel Castelló López, Dr. Andrés Carlos López y las moderadoras, Dña. Dolores Viñas y Dña. Monserrat Angulo

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas

Muy interesante fue la MESA dedicada a la ACTUALIDAD OBSTÉTRICA, con temas de provecho para todos los que buscan "estar al día". El manejo farmacológico de la maduración/inducción de parto (misoprostol vs. dinoprostona) por la matrona Dña. Eva Arconada Sans. Avances en diagnóstico prenatal expuesta por Dr. D. Daniel Abehsera Davó, y para finalizar la comprometida ponencia titulada ¿Cuál es el límite en la duración de un parto? de mano Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla, presidenta de la Asociación Española de Matronas, que tuvo una especial acogida por la profundidad y acierto de las reflexiones expuestas fruto de su larga carrera asistencial y la investigación que ha desarrollado para sustentar en esta exposición.



De izq. a dcha. Dña Rosa Mª Plata, Dña Eva Arconada, Dr. Daniel Abehsera y las moderadoras, Dña. Maribel Castelló y Dña. Sofía Gotor

En la mesa dedicada a la ATENCIÓN PRIMARIA la magnífica presentación de Dña. Pilar Medina Adán versó sobre el alcance y la importancia del consejo preconcepción para disminuir el riesgo en un futuro embarazo. Dña. Lucía Moya Ruiz mostró una exhaustiva investigación/revisión bibliográfica acerca de la mastitis en la lactancia materna, viendo la gran controversia que hay entre estudios publicados, por lo que anima a las compañeras a hacer una lectura crítica de los mismos. Los problemas más frecuentes de salud por los que las mujeres demandan la atención de la matrona en A. Primaria son las vulvovaginitis ponencia presentada por Dña. Dña. Mª Victoria Cambredó. La patología de suelo pélvico y sus posibles soluciones fue expuesta brillantemente por Dña. Isabel Manzano Alonso. Por último, Dña. Carmen Rodríguez Soto intervino con el tema del "Desarrollo de competencias de las matronas

en Andalucía", sin poder omitir la mención al incidente de los últimos días en una reunión con "políticos" en la que se pudo evidenciar la indolencia y falta de respeto de estos por la ciudadanía y sus problemas reales.



Dña. Pilar Medina



Dña. Lucía Moya



De izq. a dcha. Dña. Carmen Soto, presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas, Dña. Isabel Manzano, presidenta de la Asociación Extremeña de Matronas y las moderadoras, Dña. Benita Martínez García y Dña. Ángela Torres

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas

En la mesa dedicada a TERAPIAS ALTERNATIVAS Dña. M^a José Aguilar, matrona, presentó una ponencia titulada "Desprogramación de la memoria prenatal", a través de la que dejó patente la trascendencia que puede tener en el niño las improntas y memorias prenatales desde la concepción al nacimiento, ya que pueden marcar los comportamientos durante su vida. También D. Raúl Guzmán Moro, osteópata, habló de los problemas osteo/musculares que pueden alterar la succión del bebé y cómo pueden resolverse a través de la osteopatía. Para concluir esta mesa, D. Tomás Zamora, doctor ingeniero especializado en Ingeniería Biomédica, expuso la ponencia titulada "El insomnio en la profesión sanitaria. Factores de riesgo y consejos para su prevención". Interesante y práctica ponencia para las matronas, ya que existe relación entre las alteraciones producidas por nuestro turno de trabajo con el equilibrio hormonal, metabólico y cardiovascular.



D. Raúl Guzmán y Dña M^a José Aguilar

Hubo una mesa dedicada a las UNIDADES DOCENTES en la que se palpó la excelencia de la maestría y conocimiento de sus componentes, que hicieron un recorrido histórico por la historia y la evolución de la formación de las matronas en España con especial énfasis en la trayectoria del funcionamiento de las nuevas Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (UU.DD) en los últimos 20 años. Intervinieron Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalen, primera presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona y promotora del programa formativo actual de la especialidad, Dña. Rosa Blanca Avellaned, matrona que puso en marcha la U.D. de Málaga, Dña. Carmen Navarro, la 1^a en Granada, Dña. Carmen Molinero, actual

presidenta de la Comisión Nacional, y D. Carlos Higuero, actual responsable de la U.D. de Málaga.

Se mostraron un buen número de evidencias que permiten afirmar que lejos de mejorar en conjunto las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), algunas han ido recortando parte del cumplimiento de la carga teórica que exige el programa formativo. Unas por falta de sensibilidad e indolencia de los cargos intermedios de políticos y otras al amparo de modernas metodologías docentes. Lo cierto es que pocas han mejorado el modelo propuesto inicialmente y algunas han empeorado a todas luces. La aparición de las UD como UDM determina que el desarrollo del programa formativo esté influenciado por otros profesionales (médicos), y eso no solo resta control a la tutela de las matronas, sino que propicia el incumplimiento del programa de la especialidad. Por otra parte, no es ningún secreto que el modelo MIR suele tener escasa tutela y eso no es lo que necesitan las matronas para su formación. En definitiva, las acciones implementadas por la Administración con la conversión de las UDM del original formato en unidades multidisciplinares, dificulta el cumplimiento de los objetivos de formación teórica en las UDM por la propia estructura y la organización de las mismas. Tal vez sea ya la hora de plantear otro modelo formativo que al mismo tiempo determine la opción de tener un colegio profesional propio, como hubo hasta 1977, y finalice la aberrante situación de que una profesión sea colonizada y dirigida por otra distinta, como es el caso de la profesión



De izq a dcha. D. Carlos Higuero, Dña. Rosa Blanca Avellaned, Dña. Carmen Navarro, Dña. Carmen Molinero y Dña. M^a Ángeles Rodríguez

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas

más antigua de la historia: la profesión de matrona en relación con la enfermería y subordinada por ende a los médicos.

En esta edición también se incluyeron cuatro talleres teórico prácticos: RCP neonatal, Taller de sutura continua "un hilo, un nudo", Ecología de la maternidad y Taller sobre óxido nitroso, que han tenido sus aforos respectivos completos y han satisfecho plenamente las expectativas de los asistentes según la valoración que han aportado.

En este encuentro, y siguiendo la campaña que ya iniciara la AEM en 2011 de "Congreso sin papeles", para preservar el medio ambiente, ha dispuesto de sofisticados sistemas electrónicos de visualización de pósters y de control de entrada que han aportado agilidad, seguridad y comodidad a los congresistas.

Marco de lujo para la cena de congresistas

En la parte lúdica, aprovechando la riqueza cultural que ofrece la ciudad de Málaga, se conjugó cultura y restauración, siendo el lugar escogido para la cena de congreso el incomparable marco del Museo Automovilístico y de la Moda, con más de 100 modelos de automóviles espectaculares, mostrando el "vehículo" como arte, 200 piezas y complementos de alta costura y diseños de arte contemporáneo que recogen la historia y la evolución de artistas actuales. El museo se encuentra ubicado en la Real Fábrica de Tabacos de Málaga, más conocido este emblemático establecimiento como el Edificio de la Tabacalera, un conjunto de edificios de once pabellones construido entre 1923 y 1927 por la Compañía Tabacalera y que concluyó su actividad en 2002, pasando el edificio a titularidad



Taller de sutura



Taller de RCP neonatal



Taller de "Ecología de la maternidad"



Taller de óxido nitroso

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas



Cena del congreso

pública y municipal del Ayuntamiento de Málaga. Desde 2007 se han instalado en este singular conjunto numerosas dependencias municipales y privadas, quedando el pabellón principal definitivamente restaurado y abierto al público en 2010 que da acogida al museo con sus siete mil metros cuadrados. El museo queda dividido en diez espacios diferenciados: "Energías Al-

ternativas", "Belle Époque" -hasta 1914-, "Años 20", "Art Déco", "La Dolce Vita", "Excentricidad", "Coches de Ensueño", "Coches Populares", "Tradición Inglesa" y "Tuning", que sin duda fue una sorpresa magnífica para los asistentes y un espacio del que disfrutar en una velada realmente inolvidable en un marco incomparable.

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas

Premios del congreso

El Comité científico de este congreso otorgó el premio a la mejor comunicación oral al trabajo titulado "Programa de abordaje integral de la salud sexual y reproductiva y las relaciones interpersonales en la adolescencia", realizado por Victoriano González Trujillo, Zoraida de la Rosa Várez, M^a Teresa Rivas Castillo, César Font Moreno, Miguel Ángel Barnés Torrente y Milagros Purificación Guillén González, de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

El comité quiso destacar el esfuerzo y la ilusión de este grupo que, con pocos medios y ayuda de la administración sanitaria, ha puesto en marcha un programa de educación para la salud cuya pertinencia para la población adolescente actual es innegable y, por añadidura, con esta actuación pone de relieve la importancia del rol de la matrona en la educación sanitaria, una de las muchas competencias propias profesionales del colectivo.

El premio a la mejor comunicación en formato póster fue para el trabajo titulado "Maletín de partos de una matrona en la Valencia de 1900" de María Consuelo Cepeda Hontecillas, María Garrido Romero y Raquel Hervás Ayala, del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

El comité científico con este premio quiso poner en valor la importancia de la investigación histórica que no solo reafirma el largo recorrido de siglos de asistencia obstétrica-ginecológica por parte de las matronas, sino y además su preponderante y exclusivo



Comités científico y organizador a la finalización del congreso



Premio al Mejor Póster



Premio a la Mejor Comunicación Oral

papel hasta la irrupción de los actuales obstetras en el marco de la asistencia a la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Importancia de los congresos para el colectivo de matronas

Sin lugar a dudas un congreso de este tipo es una plataforma única para ampliar conocimientos y mantenerse actualizado en los temas directamente relacionados con el desempeño del trabajo, ya que en estos eventos los contenidos del programa científico actuales y pertinentes son expuestos por profesionales reputados en la materia. Sin embargo, a la vez es innegable

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas



Entrega del logotipo de la Asociación Española de Matronas de manos de Dña. Rosa Mª Plata, presidenta de la AEM, a la presidenta del Congreso Dña. Trinidad Ramos



Mesa de clausura del congreso



Trinidad Ramos, Mª Ángeles Rodríguez, presidenta y directora del Congreso, Rosa Mª Plata, Maribel Castelló, presidenta y vicepresidenta de la AEM

la importancia de crear contactos profesionales como vía de impulso de muchos proyectos que de otra forma serían, si no imposibles, difíciles de desarrollar. También compartir información entre colegas, debatir diferentes puntos de vista y experiencias, a los profesionales les hace contactar con la realidad de la asistencia de su especialidad y los congresos del ramo son los mejores lugares para propiciar estos intercambios y encuentros, así como para conocer de mano de los expositores productos y servicios nuevos que desarrolla la industria farmacéutica y tecnológica. Por último, mencionar que si el conocimiento nunca es demasiado y hay mucho por conocer fuera de las aulas universitarias, la participación con trabajos en formato de comunicaciones orales y pósteres, sobre todo para los más noveles, supone además un mérito valorable en el ámbito

curricular, tanto más de cara a un mercado laboral precario y cada vez es más competitivo.

Con la vista puesta en el próximo año, en la clausura del congreso se anunció la 19ª edición del Congreso Nacional de Matronas que se realizará en mayo de 2018, en el Palacio de Exposiciones de la ciudad de Santander en colaboración con la Asociación Cántabra de Matronas, coincidiendo además con el 40 aniversario de la Asociación Española de Matronas.

Asamblea de la Asociación Española de Matronas

Como es preceptivo según los estatutos de la AEM se realizó la Asamblea General Anual de la Asociación Es-

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas

pañola de Matronas al término del Congreso Nacional, facilitando así la presencia de asociadas desplazadas desde diferentes puntos de España a Málaga para asistir al congreso.

En un ambiente agradable y distendido se pasó lista a las actividades realizadas por la AEM en el año 2016 y meses del 2017 en curso, y se plantearon problemas,

nuevos proyectos y estrategias para la finalización del año, poniendo énfasis en los cursos de formación continuada que tanto éxito han tenido en este año, la asistencia de la Ejecutiva al Consejo Trienal de la ICM, la próxima presentación de la Mesa de Seguridad Vial en el Congreso de los Diputados y otros asuntos de interés.



Asistentes a la Asamblea General de la AEM

REUNIÓN TRIENAL DEL CONSEJO DE LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS (ICM), TORONTO 2017

Del 13 al 16 de junio se ha celebrado el Consejo Internacional de la ICM en Toronto, con la asistencia de 164 delegados pertenecientes a 131 asociaciones de 113 países. Se da la circunstancia de que 10 países, entre ellos España, tienen más de una entidad representativa en la confederación. Así por parte de nuestro país, la asociación más veterana es la Asociación Española desde 1981, continuando la representación española iniciada en 1954 como miembro fundador de la ICM por el Consejo Nacional de Matronas y disuelto este en 1977; el Consejo General de Enfermería incorporado a la ICM en 1991 y desde 2005 la FAME.

En esta ocasión las delegadas de la Asociación Española de Matronas en este consejo han sido Rosa M^a Plata y Maribel Castelló, presidenta y vicepresidenta de la AEM, respectivamente, y M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, quien en calidad de presidenta de la AEM ha asistido como delegada a los consejos de la ICM desde 1981, y por tanto, nadie posee mayor conocimiento del funcionamiento y directrices de la ICM; en esta ocasión, asistió en calidad de observadora.

Sintetizar en unas líneas cuatro intensos días de reu-

niones de un numeroso grupo en el que están muy presentes las diferencias de estatus profesional, situación socioeconómica, legislativa y de formación de cada uno de los países participantes en este encuentro, sin dejar de mencionar la lengua, es harto complicado. Una confederación tan amplia y heterogénea en sus miembros y con múltiples proyectos de desarrollo en países de bajos recursos, requiere de una estructura financiera importante y, por esa parte, las auditorías contables implican muchas horas de aclaraciones y discusiones, por otra, la revisión de los resultados estratégicos del trienio, la propuesta de directrices de trabajo para el trienio siguiente, la renovación de cargos de la dirección de la confederación, las nuevas declaraciones de posición, etc., copan todo el tiempo que los delegados emplean en las reuniones diarias, algunas de cuyas sesiones han sido hasta de 12 horas de duración.

En el marco del consejo se llevaron a cabo dos reuniones importantes. Una, la del grupo de habla hispana, en el que aunque no están presentes todos los países hispanoamericanos, bien porque hay países que carecen



Reunión de los países de habla hispana

Agenda – Reunión trienal del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), Toronto 2017

de asociaciones de matronas, bien porque otros aun teniéndolas económicamente no pueden satisfacer las cuotas de afiliación a la ICM, hubo representación de Paraguay, Uruguay, Argentina y Chile junto con España (AEM y FAME) y como observadores, Perú y México. Problemas también diferentes en cada país, pero uno similar y es el de las doulas. Por ello ha surgido en este grupo, en el que además el idioma favorece la comunicación, la iniciativa de presentar a la ICM una declaración conjunta de postura, para que sea avalada por la confederación, ante la intromisión que se está produciendo en nuestros respectivos países de personas no profesionales de la salud que, incluso en casos constatados, no solo sobrepasan el límite de sus competencias que son las de acompañar y liberar a la mujer de trabajos domésticos para que todo su tiempo tras el parto lo dedique a su recuperación y cuidado del recién nacido, sino que incluso en muchas ocasiones están poniendo en riesgo la salud materno-infantil ofreciendo una pseudo atención sanitaria en el embarazo, en el parto, llegando en casos extremos, a atender los nacimientos.

La siguiente reunión fue la celebrada entre los países del Sur de Europa, en el que únicamente por cuestión de localización geográfica estamos incluidos un buen número de países absolutamente distintos en cuanto a formación y resultados de salud:

Turquía, Italia, Grecia, Chipre, Malta, Irán, Palestina, Portugal, Rep. de Macedonia, Emiratos Árabes Unidos y España, aunque no todos los países de la región estuvieron presentes. Previamente ya la AEM había remitido el informe de actividades en el que queda meridianamente clara que la situación y trayectoria de la matronería en España es admirable y que las actividades de la AEM, en concreto, son muy meritorias habida cuenta de las felicitaciones recibidas por la representante del Board, Dra. Rita Borg Xuereb.

Las direcciones estratégicas de la ICM para el nuevo trienio, una vez dejada atrás la iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que terminó en diciembre del 2015, es trabajar por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que se extenderán durante los próximos quince años y en los que el papel de las matronas y la matronería seguirán siendo elementos esenciales para la salud y bienestar social.

La ICM está siendo una guía para muchas matronas que trabajan en sistemas de salud en vías de desarrollo para crear programas completos de gestión para atender a las necesidades particulares de cada comunidad adaptados a sus peculiaridades nacionales, culturales y sociopolíticas. Las estrategias para poner fin a la mortalidad materna previsible siguen exigiendo cambiar de un sistema orientado a los cuidados de urgencia



Reunión de los países de la ICM de la región sur de Europa

Agenda – Reunión trienal del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), Toronto 2017

para una minoría de las mujeres, al bienestar basado en cuidados para todos, la auténtica filosofía de los cuidados de matronería. A pesar de que las matronas poseen la experiencia en ayudar a las mujeres a tener un parto seguro, su capacidad para evitar la morbilidad y mortalidad materno-infantil suele verse obstaculizada por problemas ajenos a su control como la falta de recursos, de apoyo estructural y de unos marcos gu-

bernamentales orientados a mejorar la salud y el bienestar de las comunidades.

La ICM junto con asociaciones nacionales y benefactores (véase la Fundación Bill y Melinda Gates) sigue trabajando para ofrecer formación, equipos, supervisión y asistencia a matronas y otros profesionales sanitarios relacionados con la salud materno-infantil en países de bajos recursos, principalmente africanos.

LA HISTORIA DE LA ICM

La doctora Joyce Thompson, antigua directora de la ICM, presentó al consejo la investigación que está llevando a cabo junto con un grupo de colaboradores, para poder poner por escrito y salvaguardar la ya larga historia de la ICM.

Hizo una descripción de los archivos encontrados hasta el momento e instó a la colaboración de las diferentes asociaciones presentes en el consejo a aportar nuevos datos de interés a esta historia. La Dra. Thompson, muy unida a la Asociación Española de Matronas por la implicación de esta en la ICM a lo largo de su pertenencia a la institución, incluso participante en el XI Congreso de la AEM en 2006, valoró especialmente la aportación de la presidenta de la AEM. Esta ha sido depositaria de la historia del Consejo Nacional de Ma-

tronas, miembro fundador de esta confederación desde 1954, y custodia documentos que dan fe de las aportaciones de las matronas españolas a la ICM: desde la elección en 1957 manteniéndose hasta 1975 de dos matronas españolas nombradas respectivamente vicepresidente y secretaria de actas, formando parte del Comité Ejecutivo, pasando por el regalo a la ICM del emblemático collar presidencial realizado en Toledo, la titularidad de una presidenta española en el trienio 1963-1966, la realización del XI Congreso Internacional de la ICM en Madrid en 1963, hasta en fechas más recientes, la elaboración del Código deontológico en Madrid en 1992, siendo ya la AEM la anfitriona de la reunión internacional que convocó a expertas delegadas de todo el mundo para la redacción de tan importante documento común.



Emotivo reencuentro de la doctora Joyce Thompson y M^a Ángeles Rodríguez Rozalén unidas por años de amistad, reconocimiento mutuo y colaboración



La doctora Joyce Thompson con la delegación de la Asociación Española de Matronas y la presidenta de la Asociación Chilena de Matronas

MARCHA PARA ATRAER MÁS MATRONAS

Al igual que se hiciera en Durban con la iniciativa "Caminando hasta Durban", o en Praga con las "Voces de las matronas", la Asociación Canadiense de Matronas, anfitriona del la 31ª edición del congreso de la ICM, quiso aprovechar la concentración de matronas prevista en Toronto con motivo de este evento, para sacar a la calle a miles de estas profesionales de todas las procedencias del mundo, reclamando más matronas para asegurar la salud materno-infantil. Un colorido y animado desfile en el que miles de matronas caminaron juntas en solidaridad, portando sus enseñas nacionales y asociativas, unidas por el mensaje común de que el mundo necesita más matronas con urgencia.



Representantes de la Asociación Española de Matronas dispuestas para la marcha de las matronas por Toronto

La marcha que se inició en el Roundhouse Park trazó un largo recorrido de 3 km por las calles centro de Toronto, todas ellas engalanadas con las banderolas anunciadoras del congreso, hasta la Plaza Nathan Philips, frente al icónico City Hall en la que se cerró la marcha con un espectáculo musical al que se sumaron numerosas familias canadienses.

Es un hecho llamativo que no fue hasta 1994, cuando Ontario (una de las diez provincias que junto con tres territorios conforman las trece entidades federales de Canadá) se convirtió en la primera provincia de Canadá en regular esta profesión. La provincia cuenta con aproximadamente 500 matronas cuyos servicios a las mujeres de la región son financiados por el Ministerio de Salud.

Las matronas canadienses cursan cuatro años de estudio en la universidad a través del Programa Educativo de Matronería de Ontario (se ofrece en tres universidades de la provincia). Si una matrona se ha formado en otro país debe cursar el Programa Internacional de Preinscripción a la Carrera de Matrona, dictado por la Universidad de Ryerson. Al concluir su formación, el Colegio de Parteras de Ontario les entrega la licencia necesaria para trabajar.

Inevitablemente se producen inequidades en la cobertura de matronas en otros territorios de la confederación canadiense y son numerosas las ocasiones en las que mujeres canadienses se han sumado a las reclamaciones de las matronas para apoyar el modelo



Vista general de las matronas congregadas en la Nathan Philips, frente al icónico City Hall de Toronto

Agenda – Marcha para atraer más matronas



Representantes de la AEM y la FAME en la Marcha por más matronas

de atención que desean para sus partos y nacimientos, en el que es imprescindible la asistencia de la matrona. El último ejemplo, el de Saskatchewan, territorio que tan solo tiene 15 comadronas, el número más bajo de cualquier provincia de Canadá, en el que las mujeres

manifestantes se sumaron a la marcha por más matronas, convocada en marzo de este año pidiendo que no se les niegue la asistencia de una comadrona porque no haya suficientes en la provincia.



News CTV Saskatoon. Mujeres de Saskatoon pidiendo más matronas y mostrando la diferencia de cobertura de matronas en los territorios de Columbia Británica, Alberta, Saskatoon y Manitoba, cuatro regiones contiguas del sur del país

31 CONGRESO DE LA ICM "MATRONAS MARCANDO LA DIFERENCIA EN EL MUNDO"

Bajo el lema "Matronas marcando la diferencia en el mundo" se ha celebrado la 31ª edición del Congreso de la ICM en Toronto del 18 al 22 de junio.

La jornada inaugural del congreso dio comienzo con una acto multiconfesional en conmemoración de la obstetricia, en el que el aforo limitado de 1.300 plazas quedó pequeño para la gran afluencia de congresistas.

Posteriormente, tuvo lugar la ceremonia inaugural que, desde la edición anterior en la que se decidió que un delegado de cada país portara la bandera de su país, se ha dado en llamar este desfile "la Olimpiada de las matronas". En esta ocasión, y tras un pacto "de señoras" entre la presidenta de la Asociación Española de Matronas y la nueva presidenta de la FAME, ambas asociaciones presentes representando a España, fue la suerte la que designó a la presidenta de la Asociación Española de Matronas a portar la bandera nacional en el desfile inaugural y de esta manera también establecer entre ambas asociaciones un pacto cordial de alternancia para ocasiones futuras en relación con esta actividad internacional.



Desfile de banderas de los 113 países que conforman la ICM

Fue este acto un colorido y alegre evento en el que se mezclaron las emociones, la alegría y el orgullo, entre coloridos trajes y enseñas nacionales. Una buena oportunidad para disfrutar de una oferta cultural de primera categoría con danza, música y cantos por parte del coro de matronas canadienses. Un breve discurso de la presidenta de la ICM, la entrega de los premios de la ICM y diversas presentaciones de autoridades políticas y sanitarias locales y mundiales, conformaron un programa variado en la inauguración del congreso, al que siguió la recepción de bienvenida, la primera toma de contacto entre congresistas y patrocinadores y expositores para conocer sus servicios y productos a lo largo de los cuatro días posteriores.



Coro de matronas canadienses

Este congreso ha tenido un récord de participantes, 4.200 matronas de 129 países, 24 de ellos no miembros de la ICM y otros dos récords más: uno el de mayor número de congresistas por país que, en esta ocasión, lo ha ostentado Canadá con 634 congresistas; y otro récord, este surgido de la iniciativa de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y Johnson & Johnson Consumer, unidos para hacer historia consiguiendo un récord mundial en el 31 Congreso de la ICM en Toronto, Canadá. El miércoles, 21 de junio, se unieron aproximadamente 400 matronas de todo el mundo estableciendo un nuevo récord para la más

Agenda – 31 Congreso de la ICM "Matronas marcando la diferencia en el mundo"

grande lección de masaje infantil en el mundo, bajo la guía de la experta internacional Dra. Tiffany Field, directora del *Touch Research Institute* y profesora de la Escuela de Medicina Miller de Miami, las matronas se instruyeron en la importancia y los beneficios del masaje infantil para el desarrollo del bebé sano. También se mostraron y enseñaron técnicas clave y mejores prácticas para el masaje infantil para que las matronas puedan incluirlo en sus cuidados habituales.



Taller de Masaje Infantil que ha conseguido establecer un nuevo récord Guinness

La participación española en este congreso ha superado la veintena de congresistas, algunos de los cuales presentaron trabajos, la mayor parte en formato póster (siete) y cuatro comunicaciones orales. La gran cantidad de sesiones científicas del congreso se simultanearon en numerosas salas, destinándose un día a intervenciones en español (así como en francés, puesto que estos junto con el inglés son los tres idiomas oficiales de la confederación). También nuestra compatriota Fátima León Larios impartió un taller en español bajo el título "Introducción a la investigación para matronas", principalmente destinado a países hispano-hablantes muchos de ellos en fases incipientes en investigación en obstetricia.

Cabe destacar la intervención de Ramón Escuriet, vicepresidente del proyecto Europeo COST, quien junto a la profesora Soo Downw (presidenta), Maire Claire Balaam (UK), y Anastasia Topalidou (Grecia) mostraron este proyecto y los resultados obtenidos en la andadura del mismo (*Catalysing Multidisciplinary Research*

Practice and Activism around physiological Labour and Birth: lessons from Two EU COST Action Network Programmes).



Intervención de Ramón Escuriet, vicepresidente del proyecto EU COST

"Promoviendo el ámbito de la práctica" fue el título de una de las mesas en español, conducida por Fátima León Larios, y en la que intervino la matrona Cristina Alonso, de México, con su comunicación "Integrando tradición y estándares globales: Matronería Certificada en México", Luz Torres, de Paraguay, con su comunicación "Matronas de Paraguay abogan por la aprobación de la ley que autoriza el ejercicio de la práctica profesional" y Eduardo Lillo, de Chile, con su comunicación "Matronas defendiendo su ámbito de práctica. El rol de la Asociación de Matronas".



De izquierda a dcha: Luz Torres (Paraguay), Sabrina Speich (México), Fátima León Larios (España) y Eduardo Lillo (Chile)

Agenda – 31 Congreso de la ICM "Matronas marcando la diferencia en el mundo"

Bajo el título "Mejoras en los cuidados clínicos", la siguiente mesa en español contó con la participación íntegra de españoles, empezando por Ramón Escuriet como conductor y las intervenciones de Laura Mallén Pérez con conclusiones de sus tesis doctoral resumidas en la comunicación titulada "La seguridad del parto en el agua: ¿estamos haciendo la mejor práctica?"; Ángela Arranz y Gala Montenegro presentaron también datos sobre la tesis doctoral de la primera en la comunicación titulada "Evaluación de un programa de estimulación prenatal dirigido a mujeres embarazadas con fetos diagnosticados de restricción de crecimiento" y para finalizar, la comunicación "Proceso de atención al parto en muerte fetal tardía: un estudio fenomenológico", comunicación elaborada con datos de la tesis doctoral de Paloma Martínez Serrano, quien compartió la autoría del trabajo presentado con Lucía Martínez Villarejo.



De izqd. a dcha. Ramón Escuriet, Laura Mallén, Ángela Arranz y Paloma Martínez Serrano

En una tercera sesión titulada "Apoyando a la madres" también conducida de forma accidental por Ramón Escuriet, intervino Miryam Lora, de Perú, con la comunicación "Relación entre el apoyo de la madre y el estado de bienestar del nacimiento. Atención en el Hospital Belén de Trujillo, 2015". A continuación, Fátima León Larios (España), con su trabajo "Bebés nacidos mejor: experiencias de las mujeres de cuidados de maternidad en España" y, cerrando la mesa, la intervención de Patricia Villablanca, de Chile, con su comunicación "Evaluación variables perinatales y obstétricas en los partos en vertical en el Hospital Juan de Dios de Santiago de Chile 2013-2015".



Última mesa en español: de izqd. a dcha. Miryam Lora, Fátima León Larios, Patricia Villablanca y Ramón Escuriet

UNA MATRONA EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS INTEGRADA EN AESVI

La seguridad vial es uno de los mayores problemas de salud pública tanto en Europa como en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que cada año los accidentes de tráfico se cobran la vida de 1,3 millones de personas. Entre las víctimas hay dos grupos muy vulnerables: las mujeres embarazadas y niños menores de 14 años. De hecho, la primera causa de mortalidad infantil en España se debe a los accidentes de tráfico, aproximadamente un 40% de los niños fallecidos no utilizaba ningún sistema de retención y un 43% de los niños que lo utilizaba lo hacían incorrectamente.

Uno de los objetivos de la estrategia de la seguridad vial de la Dirección General de Tráfico DGT desde el año 2011 al 2020 es lograr que ningún niño pierda la

vida por no ir correctamente sentado en una silla adecuada a su peso, talla y edad.

Con esta premisa se ha formado AESVI, Alianza Española para la Seguridad Vial Infantil, que acoge a la Dirección General de Tráfico (DGT), el Servei Català del Trànsit y la Dirección de Tráfico del País Vasco. También a los pediatras de atención primaria y de atención hospitalaria, la Asociación Española de Matronas, la Federación Estatal de Técnicos de Educación Vial (FETEVI), la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnado (CEAPA), la Asociación de Rescate en Tráfico y Emergencias (ARTE), la Sociedad Española de Atención al Paciente Crítico (SEAPC), la Asociación Andaluza de Clínicas Sin Internamiento (ASCASI), la Asociación Nacional de Seguridad Infantil (ANSI).



Rosario Garzón, secretaria de la Asociación Española de Matronas, en su intervención en el Congreso de los Diputados

Por la parte académica, la universidad está representada por el Grupo VEHIVIAL (Universidad de Zaragoza), el INSIA (Universidad Politécnica de Madrid) y GRABI (Universidad Politécnica de Cataluña). También fabricantes e importadores de SRI, a través de marcas como Kiddy, Joie, Play, Cybex, Mímame, el grupo Goodbaby International con las marcas Cybex y gb, Concord, el Grupo Jané, el grupo Dorel (Bebekonfort y Maxi Cosi), Baby Auto, Be Cool, Chicco, Pediatric Mondial System, Recaro, Romer, Vika, Rivekids y Nuna. Los clubes automovilísticos RACE, RACC y RACVN.

El pasado día 26 de junio se celebraron las primeras jornadas de esta nueva alianza que agrupa a distintas entidades citadas con un interés común: la prevención en seguridad vial infantil.

La jornada que contó con la presencia de la presidenta del Congreso de los Diputados y del Ministro del Interior, entre otras personalidades, reunió a 40 instituciones comprometidas con la investigación, la formación y la concienciación desde sectores como pediatría, matronas, policías locales, técnicos de educación vial, emergencias, AMPAS, clubes automovi-

lísticos, universidades, AEP, Asociación Española de Matronas, asociaciones infantiles, fabricantes e importadores de sistemas de retención. Estuvieron presentes el director de la DGT y de las directoras del Servei Català del Trànsit y de la Dirección de Tráfico del País Vasco, con los miembros de la Comisión de Tráfico y Seguridad Vial del Congreso, y con el Fiscal de Seguridad Vial, entre otros. El principal objetivo de esta jornada era la presentación la Alianza Española para la Seguridad Vial Infantil, el foro más importante creado para la prevención de lesiones de tráfico infantiles, en la que profesionales y expertos de toda España se unen por primera vez con el objetivo de mejorar la seguridad de los pequeños en sus desplazamientos en un vehículo.

En la jornada se desarrolló un intenso programa con 14 ponencias agrupadas en varias mesas:

I Mesa . "La Investigación en Seguridad Vial Infantil"

Ponencia 1. La investigación de los accidentes. Ponente: Dr. Juan José Alba López, responsable del grupo VEHIVIAL. Universidad de Zaragoza.

Ponencia 2. El avance en la seguridad de los sistemas de retención infantiles. Ponente: en representación de los fabricantes, Joan Forrellad, Jané Group Design Manager.

Ponencia 3. Sistemas de retención en el transporte escolar. Ponente: Mikel Garrido, presidente de la Asociación Nacional de Seguridad Infantil.

Ponencia 4. Evaluación europea de la Seguridad de los sistemas de retención. Ponente: Luis Puerto, director de la Fundación RACC.

II Mesa. "La formación y la divulgación, ejes de la prevención de lesiones infantiles"

Ponencia 5. El pediatra como prescriptor de Seguridad Vial Infantil. Ponente: Dra. María Jesús Esparza, pediatra de atención primaria y miembro de la *European Child Safety Alliance*. Dra. Bárbara Rubio Gribble, pediatra de atención hospitalaria.

Ponencia 6. La prevención de lesiones desde el embarazo. Ponente: Rosario Sánchez Garzón, secretaria ejecutiva de la Asociación Española de Matronas.

Ponencia 7. El papel del formador en la Educación Vial



Rosario Garzón firmando el acta de adhesión a AESVI

Agenda – Una matrona en el Congreso de los Diputados. La Asociación Española de Matronas integrada en AESVI.

de los niños. Ponente: Bienvenido Nieto, responsable de FETEEVI. Técnicos de Educación Vial.

Ponencia 8. La formación del vendedor de sistemas de retención infantil. Ponente: en representación de los importadores: Josep María Vallés, director de Joie Baby España.

Ponencia 9. 15 años divulgando y formando en seguridad vial infantil. Ponente: Carlos Lancha, director de Marketing y Comunicación RACE.

Ponencia 10. La concienciación de los niños a través de las víctimas. Ponente: Juan José Cabrerizo Salmerón Motorista, víctima de un accidente de tráfico.

III Mesa. "Las instituciones en la Seguridad Vial Infantil"

Ponencia 11. El código penal en la prevención de lesiones infantiles de tráfico. Ponente: Bartolomé Vargas Cabrera, fiscal de Sala Coordinador de Seguridad Vial.

Ponencia 12. La Seguridad Vial Infantil en el País Vasco. Ponente: Sonia Díaz de Corcuera, directora de Tráfico del País Vasco.

Ponencia 13. La Seguridad Vial Infantil en Cataluña. Ponente: María Eugenia Domenech, directora del Servei Català de Trànsit.

Ponencia 14. La Seguridad Vial Infantil en España. Ponente: Gregorio Serrano López, director general de Tráfico.

La sesión de clausura dedicada a la Alianza Española de Seguridad Vial Infantil cuyo ponente fue D. Carmelo Sanz de Barros, presidente del RACE, presidente de AESVI, contó con la presencia del Excmo. Sr. D. Juan Ignacio Zoido Álvarez, Ministro del Interior y la Excmo. Sra. Dña. Ana Pastor Julián, presidenta del Congreso de los Diputados.

La Asociación Española de Matronas, como ya lo hiciera en el año 2002 en colaboración con la DGT siendo pionera en el apoyo y difusión de la campaña por el uso del cinturón de seguridad de la mujer embarazada, con esta adhesión a AESVI muestra su interés y compromiso para la seguridad vial infantil sea acción de máximo interés y conseguir cero víctimas mortales ya que, aunque desde el 2004 se ha reducido considerablemente la cifra de niños fallecidos y lesionados en carretera, todavía en 2015 fallecieron 25 menores en accidentes de tráfico. No se puede olvidar que los niños son especialmente vulnerables a la hora de viajar en carretera, ya no solo por sus particulares condiciones físicas (no debemos olvidar que los niños no son "adultos en miniatura" en cuanto a proporciones se refiere), sino porque su seguridad depende del adulto que les transporta.

DOS NUEVAS PRESENTACIONES DE LA CAMPAÑA "SU ALIMENTACIÓN DEPENDE DE TI. DURANTE LA LACTANCIA BEBE SIN"

La Asociación Española de Matronas y Cerveceros de España conjuntamente iniciaron en 2013 la campaña "Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia bebe sin" con el fin de informar de la incompatibilidad del consumo de alcohol y la lactancia, así como enseñar pautas de alimentación saludables y equilibradas para las madres que se encuentran en periodo de embarazo y lactancia.

Esta campaña, que está avalada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha recorrido ya muchos puntos de la geografía española, las dos últimas salidas han tenido como destino Santander, en colaboración con la Asociación Cántabra de Matronas y Extremadura en colaboración con APMEX (Asociación Profesional de Matronas Extremeñas).

En ambas convocatorias un nutrido grupo de mujeres y matronas asistieron a la charla y posterior taller práctico sobre pautas de nutrición saludable. Los pun-

tos más concluyentes que se pusieron de manifiesto fueron que "la composición de la leche materna asegura una nutrición ideal para los recién nacidos al contener elementos exclusivos que protegen a los niños frente a enfermedades degenerativas y metabólicas". En cuanto a la alimentación de la madre se ha apuntado que lo recomendable es incrementar la dieta en unas 300/500 kilocalorías y que se hagan cinco comidas al día sin dejar pasar mucho tiempo entre una y otra para evitar la bajada de glucosa.

Se desaconseja los embutidos caseros y se advierte de prestar especial atención con los quesos frescos, y productos llamados naturales y de mercadillo que no han pasado los controles sanitarios.

Por su parte, la nutricionista de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), Andrea Calderón, ha destacado la importancia de la hidratación, teniendo que consumirse entre dos litros



Rosario Sánchez, de la Asociación Española de Matronas, y Andrea Calderón, nutricionista en la presentación en Santander

Agenda – Dos nuevas presentaciones de la campaña "Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia, bebe sin"

y medio o tres de líquido, preferiblemente agua. También recomienda zumos de frutas naturales y el consumo cero de alcohol. La nutricionista ha asegurado que "la cerveza cero-cero no contiene trazas de alcohol. El agua es la mejor opción para conseguir los niveles adecuados de hidratación, aunque las madres también pueden decantarse por infusiones, leche o cerveza sin alcohol", ya que, tal y como afirma Sánchez, "el consumo de alcohol durante la lactancia debe ser nulo porque su ingesta puede resultar perjudicial para la salud del bebé".

De ese modo, la opción del consumo de cerveza sin

alcohol se convierte en una alternativa para aquellas mujeres que solían consumir cerveza tradicional.

Esta bebida fermentada está elaborada con ingredientes naturales, con un alto contenido en agua (95%) y contiene compuestos que podrían ser beneficiosos tanto para la madre como para el bebé. Además, la cerveza sin alcohol apenas tiene calorías (17 kcal/100 ml) y es una fuente de vitaminas, minerales y polifenoles, como el xanthohumol, que podrían ayudar en la protección contra enfermedades cardiovasculares y en la reducción de los fenómenos oxidativos responsables del envejecimiento del organismo.



Rosario Sánchez, de la Asociación Española de Matronas, Andrea Calderón y Concha Calle, de APMEEX

Visita nuestra tienda online

www.tienda.enfermeria21.com

NUEVA LÍNEA URBANA

MALETÍN
STREET'S

87,43 €

NUEVO
15% dto.



MALETÍN
CITY'S

82,28 €

NUEVO
15% dto.



TROLLEY
HOVI'S

125,85 €

NUEVO
15% dto.



MALETÍN
URB&GO

92,05 €

15% dto.

