

SUMARIO

- Editorial
- Relación entre perímetro cefálico, peso neonatal y tipo de parto en mujeres nulíparas
- Herramienta metodológica para la evaluación de contenidos digitales para las gestantes. Intervención, evaluación y consejos de la matrona de Atención Primaria
- Parto eutócico con inserción velamentosa de cordón umbilical
- Hiperemesis gravídica: a propósito de un caso

Echando la vista atrás:

Los consejos de tu matrona

Aquí y ahora:

Entrevista a las matronas del Hospital Valle del Nalón (Sama de Langreo, Asturias)

Agenda:

III Seminario Internacional de Matronas: diez años después de la carta de Madrid

La unión hace la fuerza: Parque Infantil Dionisia Repila

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Académica de Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Vizcaya



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

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. 3 - nº 2 septiembre-noviembre 2015

Editorial

5

Originales

- Relación entre perímetro cefálico, peso neonatal y tipo de parto en mujeres nulíparas 7
 Alberto Parrilla Fernández, María Dolores García Martínez, Isabel Barceló Ugarte, María Loreto Hernández Martínez,
 Ana Soledad Millán Callado
- Herramienta metodológica para la evaluación de contenidos digitales para las gestantes. Intervención,
 evaluación y consejos de la matrona de Atención Primaria 14
 María Isabel Fernández Aranda

Caso clínico

- Parto eutócico con inserción velamentosa de cordón umbilical 27
 Zoraida de la Rosa Várez, María Teresa Rivas Castillo, María del Valle Alguacil Sánchez, Rosa María Reche Casado
- Hiperemesis gravídica: a propósito de un caso 31
 Cristina Pereira Álvarez, Raquel Masso Cros, Alba Lladó García

Echando la vista atrás

- Los consejos de tu matrona 37

Aquí y Ahora

- Entrevista a las matronas del Hospital Valle del Nalón (Sama de Langreo, Asturias) 39

Agenda

- III Seminario Internacional de Matronas: diez años después de la Carta de Madrid 43
- "La unión hace la fuerza": Parque Infantil Dionisia Repila 47
- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Académica de
 Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Vizcaya 49

LA MEJOR FORMACIÓN ENFERMERA

ONLINE



Calidad

Contamos con los mejores autores: M^a Paz Mompert, Pilar Arroyo, José M^a Rodríguez Dacal, Elías Rovira...



Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continua



Flexibilidad

Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Solo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas



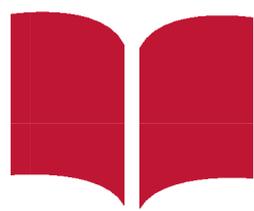
Garantía

Más de 25.000 exalumnos avalan nuestra experiencia docente



Mejor precio

Como siempre, en DAE nos esforzamos día a día por ofrecerte los mejores servicios a un precio justo. Así, te garantizamos la FORMACIÓN ACREDITADA de mayor CALIDAD al mejor PRECIO



auladae
Grupo Paradigma

www.auladae.com

Editorial

Han pasado más de seis meses desde que España fue declarada oficialmente libre de ébola y la sensación que tengo, salvando las distancias que ¡vaya que las hay!, es como si se hubiera tratado del lanzamiento de un libro de terror, escalofriante, en el que llegado a la página del epílogo quedara durmiendo en la estantería de la biblioteca y de él permaneciera solamente algún recuerdo, cada vez más lejano y vago, en la cabeza de los lectores subyugados y seducidos por una campaña de marketing extraordinaria.

Sin embargo, el ébola no es un libro ni un sueño, es una realidad que sigue existiendo aunque no nos toque de cerca en el momento presente, porque lo cierto es que nadie sabe si nos puede volver a tocar.

España entera estuvo conmocionada con la noticia de la llegada del virus del Ébola que vino a romper nuestra pacífica existencia, nuestra tranquilidad vital. África estaba hasta ese momento muy lejos y parecía que nunca nos tocaría sufrir por lo que muchos llevaban años muriendo. Pudimos observar, algunos incluso sorprende decir que con incredulidad, que en un mundo globalizado era muy fácil que el letal virus traspasara las fronteras del continente africano y llegara a Europa y a América y entonces... ¡el mundo tembló! Y los sanitarios de los respectivos países, más si cabe.

Aunque lo mencione no es precisamente objetivo principal de este editorial la crítica por la falta de un dispositivo permanente de alerta sanitaria, aunque si no es el ébola cualquier otro virus puede llegar y volver a enfrentarnos a una situación similar de ineficacia y riesgo por falta de previsión, y estamos como antes de este gran aviso. Tampoco el objetivo es cuestionar lo que se investiga o no sobre el virus, porque la realidad es que se investiga lo que se puede con los medios que quien investiga tiene en la mano, y de todos es conocido que si no hay interés de por medio por parte de la industria farmacéutica, el asunto incluso podría ir peor...

Lo que quisiera destacar en este editorial es la figura de los sanitarios, entre los que me cuento. España, en ese momento fatídico del primer traslado de un enfermo contagiado por ébola, necesitaba sanitarios de una forma especial porque éramos, aun a riesgo de nuestras vidas por esta causa, de una forma más inminente que la velada amenaza de cada día que nos enfrenta a innumerables enfermedades graves, NECESARIOS. Las autoridades sanitarias y la sociedad necesitaban que estuviéramos en la primera línea de batalla para ayudar a controlar y erradicar ese virus que podía convertirse en una catástrofe nacional y ejecutar lo inherente a nuestra profesión enfermera, que es cuidar a esos enfermos que se debatían ante un futuro, en el peor de los casos, letal.

En nuestro caso como matronas expuestas a un riesgo máximo en el caso de ser requerida nuestra asistencia, poco

hubiéramos podido hacer por esa madre y ese hijo seguramente infectado también, que hipotéticamente hubiéramos de asistir en una gestación o inminente parto; probablemente por el feto nada y por la madre casi nada. Sin embargo, en ese supuesto no debiera haberle faltado nuestra asistencia tan humana y tan cercana, nuestra comprensión como la que ofrecemos a cualquier otra persona, incluso en este caso sería justo ofrecerle nuestra compasión, sentimiento que no se debe tener con ninguna mujer embarazada-parturienta, ya que su incomodidad, molestias, incluso dolor de parto no es una desgracia, sino una circunstancia normal y necesaria. En el caso del virus del Ébola sí ha lugar a la compasión, esta sí es una pobre mujer, porque quizá solo la ayuda compasiva de una matrona en los últimos momentos fuera el consuelo que se llevara al otro mundo, su final más probable.

Inmediatamente, y por comparación, me vino a la mente otra de las grandes epidemias del siglo XX, que aun siendo muy joven pude vivir en sus inicios: la del sida. Además de revivir una sensación parecida de angustia mundial ante un enemigo desconocido, poderoso y letal, recuerdo algo que me quedó grabado para siempre en un momento en que yo empezaba mi formación como enfermera y, por tanto, poco concienciada de la trascendencia de lo que la profesión podía significar. Me refiero a las manifestaciones que se multiplicaron por todo EE.UU. en apoyo y reconocimiento de la labor de los sanitarios, al fin y al cabo, los enfermos se dieron cuenta de quienes, seguro que con un miedo atroz pero sin juzgarles, estaban a su lado intentando que vivieran, o al menos que murieran mejor, mientras otros sectores y estamentos de la población desde la ignorancia, el miedo y una talla moral inculcable, pretendían aislarlos y vejarlos, separarlos de la sociedad en una versión moderna de los apestados de Jericó.

De entre tantas cosas que me ha aportado la profesión en estos 30 años de ejercicio, fuera de los propios conocimientos científicos, es que al margen y al hilo de tratamientos y técnicas, la nuestra es una auténtica vocación de servicio y aquí no vale el miedo, la desidia o el interés crematístico, lo único que vale es la entrega sin prejuicios, esa calidez y sin duda "amor" por lo que haces y que la profesión se defiende con hechos, aunque el reconocimiento general no llegue más que *in extremis*, en muchas ocasiones. Así nos ha pasado a los sanitarios españoles a quienes el gobierno de forma directa, e indirectamente parte de la sociedad con miradas hacia otro lado, otros apoyando abiertamente las medidas de recorte contra los empleados públicos y funcionarios para verse libres así de sufrir en sus carnes más recortes, no dudaron en convertirnos en chivos expiatorios de esta crisis económica que nos asola. Unos, los que tienen el poder nos han privado de derechos laborales consigui-

dos y han reducido nuestros emolumentos; lo peor, es que los que tienen el poder y los que no han puesto en tela de juicio nuestra honorabilidad también, extendiendo el rumor de que todo lo conseguido por el colectivo sanitario eran prebendas y no derechos ganados con nuestro esfuerzo en el desempeño de nuestro trabajo, en la generalidad de los casos, digno y responsable.

No espero que a los sanitarios se nos haga un reconocimiento social público como en EE.UU. en la batalla contra el sida, ni tampoco lo espero del gobierno de la nación por estar ahí en esa crisis del ébola, por estar cada día atendiendo a los enfermos y moribundos en los hospitales, a las mujeres que traen al mundo una nueva vida, al fin y al cabo es nuestro trabajo. Pero sí deseo profundamente que algún día quienes de palabra, obra u omisión nos menospreciaron a los funcionarios y empleados públicos entre los cua-

les estamos los sanitarios, se sonrojen, en nuestro caso cuando necesiten a una matrona y encuentren una profesional de talla solucionando su problema o proceso, independientemente del día, la hora y las circunstancias. Y entonces, aunque sea entre dientes entonen el *mea culpa* y se avergüencen de habernos medido a todos con el rasero de la mezquindad, de habernos calificado como vagos y rémoras de la sociedad, sobrepagados en derechos laborales y sueldos, cuando bien al contrario podemos hacer bandera con legítimo orgullo no de ser un colectivo bien pagado, sino de ser mayoritariamente profesionales eficaces y comprometidos, incluso a riesgo de nuestras vidas. ¡Y eso no hay vil metal que pueda pagarlo!

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de Matronas Hoy

¹ Alberto Parrilla Fernández
² María Dolores García Martínez
³ Isabel Barceló Ugarte
⁴ María Loreto Hernández Martínez
⁵ Ana Soledad Millán Callado

Relación entre perímetro cefálico, peso neonatal y tipo de parto en mujeres nulíparas

¹ Matrón. Hospital General de Ciudad Real

E-mail: a.parrilla90@gmail.com

² Matrona. GAI Hellín (Albacete)

³ Matrona Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid)

⁴ Matrona A.P. Área de San Clemente (Cuenca)

⁵ Matrona, Instituto Bernabéu (Albacete)

Resumen

Introducción: la información científica actual pone de manifiesto que el perímetro cefálico y el peso neonatal son buenos indicadores de la desproporción cefalopélvica y del parto difícil. Además, la ganancia de peso excesiva y un índice de masa corporal (IMC) elevado se relacionan con complicaciones en el embarazo, parto, puerperio y también llevan asociado un elevado peso neonatal.

Objetivo, material y métodos: el presente trabajo de investigación tiene como objeto principal conocer la posible relación entre las variables del neonato (perímetro cefálico y peso) y el tipo de parto en mujeres primíparas (580) que dan a luz en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Para ello se realiza un estudio analítico observacional de tipo casos y controles con una muestra de 580 mujeres y sus respectivos hijos/as.

Resultados: al relacionar la variable peso del recién nacido y tipo de parto se obtuvo una Chi-Cuadrado de 0,011, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. La OR al considerar el peso del recién nacido por encima de 3.500 g y el riesgo de cesárea encontrada es de 2,37 y de 1,28 al relacionarla con el tipo de parto instrumental.

Al analizar la relación entre el perímetro cefálico y el tipo de parto, se observa que con un perímetro cefálico mayor de 36 centímetros, el riesgo de finalizar el parto mediante cesárea es de 2,23 y de terminar el expulsivo con un parto instrumental es de 1,22. La Chi-Cuadrado con respecto a estas dos variables es de 0,006.

Conclusiones: existe una relación estadísticamente significativa entre un perímetro cefálico (PC) > 36 cm y peso > 3.500 g y tipo de parto distócico (instrumental o cesárea). Por el contrario, un PC < 34 cm y un peso < 2.500 g se convierte en un factor protector, habiendo en este caso mayor probabilidad de parto eutócico.

Palabras clave: perímetro cefálico; tipo de parto; nulípara; resultado del embarazo; expulsivo.

Abstract

Relationships between head circumference, birth weight, and type of delivery in nulliparous women

Introduction: current scientific data show head circumference and birth weight to be good markers for cephalopelvic discrepancy and difficult delivery. Moreover, excessive weight gain and a high BMI (body mass index) are associated to complications in pregnancy, birth, and postpartum; and result in a high birth weight.

Purpose, material, and methods: the present investigation aimed at establishing a potential relationship between neonatal endpoints (head circumference and birth weight) and type of delivery in primiparous women (580) at Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

An observational analytic case-control study was carried out in a sample of 580 women and their sons/daughters.

Results: the association of birth weight with type of delivery has a chi-squared value of 0.011, with a statistically significant difference. OR for a birth weight higher than 3.500 is 2.37 for C-section risk and 1.28 for instrumental delivery.

Regarding association of head circumference with type of delivery, a head circumference higher than 36 cm was associated with a 2.23 risk for C-section and a 1.22 risk for instrumental delivery. Chi-squared value was 0.006 for both endpoints.

Conclusions: a statistically significant association was found for head circumference (HC) > 36 cm and for birth weight > 3.500 g with the type of dystocia delivery (instrumental delivery or C-section). Conversely, HC < 34 cm and weight < 2.500 are protective factors and are associated to more likely normal delivery.

Key words: head circumference; type of delivery; nulliparous; birth outcome; second stage of labor.

Introducción

Antecedentes y situación actual del tema de estudio

Se define como perímetro cefálico (PC) al perímetro externo del cráneo fetal calculado en el plano en que se mide el diámetro biparietal. El PC medio de los recién nacidos españoles es de 34,54 cm¹. La Sociedad Española de Pediatría considera dentro de la normalidad entre 34-36 cm de perímetro cefálico.

No obstante, es difícil dar una definición absoluta de normalidad del PC, por lo que para conocer lo adecuado del tamaño y del crecimiento de la cabeza se precisa comparar las medidas obtenidas en el paciente individual con las obtenidas en una población del mismo sexo y edad².

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el peso al nacer es la medida somatométrica del recién nacido más comúnmente utilizada, siendo el peso promedio en España de 3.414,42 g³.

El bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los neonatos con un peso menor de 2.500 g, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa⁴.

Mientras que tradicionalmente la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 g) o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional, considerándose el P 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos⁵.

Un estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría afirma que la macrosomía fetal se asocia con una mayor incidencia de parto por cesárea y en el parto vaginal, con un aumento de desgarros en el canal del parto⁶.

Hay relación significativa entre el IMC materno y el neonatal, de manera que a mayor IMC materno, mayor peso final del recién nacido. Teniendo en cuenta que la talla neonatal oscila entre 48-52 cm, este aumento de peso dará una variación importante en el IMC del neonato⁷.

Justificación

El presente trabajo de investigación tiene por objeto central conocer la posible relación entre las variables neonatales peso y perímetro cefálico con el tipo de parto en la mujer nulípara, a partir de casos tratados en la Unidad de Partos del Hospital General de Albacete.

La bibliografía consultada apunta a lesiones tipo desgarros, necesidad de episiotomía y DCP en caso de PC > 36 cm y con un peso neonatal de 4.000 g. Estos hallazgos también han sido observados empíricamente por el personal con larga trayectoria profesional que trabaja en el servicio de toxicología del hospital, y con este estudio se pretende confirmarlo.

Objetivos

Objetivo general

Valorar si existe relación entre el peso y perímetro cefálico del recién nacido y el tipo de parto en las mujeres nulíparas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos específicos

- Definir la relación entre el perímetro cefálico y el tipo de parto.
- Describir si el peso fetal influye en el tipo de parto.

Metodología

Diseño: estudio analítico observacional tipo casos y controles.

- Caso: mujer cuyo primer parto sea de tipo instrumental o cesárea.
- Control: mujer cuya finalización de su primer parto sea un parto eutócico.

Periodo de estudio: periodo comprendido desde mayo de 2013 a diciembre de 2013, ambos meses inclusive.

Ámbito de estudio: Unidad de Partos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Población de estudio: nulíparas que acuden a dar a luz al Complejo Hospitalario Universitario de Albacete que cumplan los criterios de inclusión y no presenten ni un solo criterio de exclusión.

Criterios de elegibilidad de la muestra:

Criterios de inclusión:

- Nulíparas.
- Mayor de edad.
- Mujer que entienda el castellano escrito.
- Deseo de participar en el estudio y firme el consentimiento informado.
- Gestación superior a 36 semanas.

Criterios de exclusión:

- Gestaciones múltiples.

- Mujeres con cesáreas programadas.
- Mujeres con cesáreas anteriores.
- Mujeres con alteraciones sensoriales o cognitivas que dificulten la cumplimentación de la encuesta o la lectura comprensiva del consentimiento u hoja informativa del estudio.
- Padecer algún tipo de enfermedad o malformación que condicione el tipo de parto (malformaciones uterinas, etc.).

Tamaño de la muestra y procedimiento de muestreo

Los cálculos iniciales de la muestra se basan en la tasa media de cesáreas y partos instrumentales de los años 2007 a 2010, datos que se muestran en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Tamaño muestral 1				
TASA	2007	2008	2009	2010
Partos instrumentales	12,90%	11,45%	12,42%	11,41%
Cesáreas	21,60%	21,40%	23,52%	23,26%

De esta forma se halla una tasa media de partos instrumentales de 12,04 % y una tasa media de cesáreas de 22,44%. Con estos datos y usando la OR de la bibliografía consultada se calcula a través del programa Epidat 4.0 la muestra necesaria (Tabla 2, 3, 4 y 5):

Cálculo para grupo sobrepeso (IMC 25-25,9) con OR de 2 y tasa cesárea de 22,44%

Tabla 2. Tamaño muestral 2	
Proporción de casos expuestos:	36,655%
Proporción de controles expuestos:	22,440%
Odds ratio a detectar:	2,000
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95

Tabla 3. Tamaño muestral 3			
Potencia (%)	Tamaño de la muestra* (aplicando corrección de Yates)		
	Casos	Controles	Total
80,0	175	175	350

Cálculo para grupo obesidad (IMC > 25,9) con OR de 3 y tasa cesárea de 22,44%

Tabla 4. Tamaño muestral 4	
Proporción de casos expuestos:	47,283%
Proporción de controles expuestos:	22,440%
Odds ratio a detectar:	3,100
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Tabla 5. Tamaño muestral 4			
Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	65	65	130

Se necesitan un total de 480 sujetos distribuidos en dos grupos de 240 sujetos cada uno.

Procedimiento de muestreo

Muestreo de tipo no probabilístico, consecutivo, captando a todas las mujeres de la población accesible, que cumplan con los criterios de inclusión y no presenten ni un solo criterio de exclusión durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio. Será llevado a cabo por las matronas encargadas de la realización del estudio. Para garantizar el acceso a todos los sujetos susceptibles de participar, se rea-

lizarán turnos para la recogida de datos con un intervalo menor de 48 h.

Consideraciones éticas

- Se solicitará autorización al Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) para llevar a cabo el estudio, así como a los responsables del Área de Tocología y Parto. Igualmente, se requerirá la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) para su realización.
- Se entregará a cada mujer, en el momento de la captación, la hoja informativa que explica la naturaleza y objetivos del estudio, invitándola a participar en él. Se le entregará el consentimiento informado para que lo lea, plantee las dudas que le puedan surgir y lo firme si desea participar.
- El estudio cumple los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo cuarto de la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. También cumple lo expuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Recogida de datos y fuentes de información

A cada mujer que desee participar en el estudio se le preguntará verbalmente los datos sociodemográficos que se incluyen en la hoja de recogida de datos. Los referentes a las variables relacionadas con la gestación, parto y recién nacido serán recogidos por el equipo investigador de las siguientes fuentes de información:

- Libro de partos: se obtendrá el número de orden de parto.
- Cartilla maternal: se obtendrán datos relacionados con la gestación.
- Historia clínica informatizada: se recogerán los datos referentes al parto y a las variables del recién nacido.
- Medición directa de variables neonatales (peso y perímetro cefálico).

Variables del estudio

- Sociodemográficas:
 - Edad: cuantitativa discreta.
 - Raza: cualitativa nominal.
 - Nivel de estudios: cualitativa nominal.
 - Trabajo: cualitativa nominal.

- Referentes a la gestación:
 - Edad gestacional: cuantitativa discreta.
 - Diabetes pregestacional: cualitativa dicotómica.
 - Diabetes gestacional: cualitativa dicotómica.
 - Hipertensión: cualitativa dicotómica.
- Referentes al parto:
 - Tipo de inicio de parto e indicación: cualitativa nominal.
 - Tipo de parto e indicación: cualitativa nominal.
 - Epidural: cualitativa dicotómica.
 - Episiotomía: cualitativa dicotómica.
 - Desgarros: cualitativa dicotómica.
 - Tipo desgarro: cualitativa ordinaria.
 - Duración dilatación (desde ingreso hasta inicio fase expulsivo): cuantitativa continua.
 - Duración expulsivo (desde dilatación completa hasta nacimiento): cuantitativa continua.
 - Complicaciones postparto inmediato: cualitativa nominal.
- Variables antropométricas del recién nacido:
 - Peso: cuantitativa continua.
 - Perímetro cefálico: cuantitativa continua.
 - Apgar: al minuto y a los 5 minutos de vida, cuantitativa discreta.
 - Reanimación neonato: cualitativa dicotómica.
 - Tipo de reanimación neonato: cualitativa ordinaria.
 - Lesiones fetales: cualitativa nominal.
 - Sexo: cualitativa dicotómica.

Variable de resultado

En el presente estudio, al pretender comprobar si el PC alto y el peso elevado del RN influyen en el tipo de parto, nuestra variable de resultado principal es el tipo de parto.

Análisis de los datos

En primer lugar se realizará un análisis descriptivo univariante de los datos. Las variables categóricas se expresarán como frecuencias absolutas (n) y relativas (%), mientras que las va-

riables numéricas se expresarán como media y desviación típica. Los resultados obtenidos se representarán mediante tablas y gráficas.

En segundo lugar se efectuará un análisis bivariante para examinar la relación entre las distintas variables influyentes en tipo de parto. En caso de variables cualitativas la técnica a utilizar será la Chi-cuadrado (χ^2). Así pues, para variables cualicuantitativas se aplicará la T de *Student* o el ANOVA, según las necesidades de las variables. Si las variables no siguen una distribución normal se utilizarán pruebas no paramétricas para su análisis.

El nivel de significación considerado en todos los casos será de $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. El programa informático que se empleará será el paquete estadístico SPSS 15.0.

Dificultades y limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos pueden ser interesantes y relevantes en el ámbito sanitario, pero no generalizables a la población, sino específicos para el lugar donde realizamos el estudio. Esto es debido, principalmente, a que la muestra necesaria con la OR establecida no es muy elevada.

Es posible que, por la carga de trabajo del área de partos, exista una pérdida de sujetos. Se intentará paliar con un sistema de turnos para la recogida de datos.

Puede darse un sesgo de información debido a que los datos se recogen de la cartilla maternal y, en algunas ocasiones, está mal cumplimentada. Se intentará resolver investigando el dato en otras fuentes de información sanitaria (historia clínica informatizada, archivos de Atención Primaria, etc.).

Igualmente puede darse un sesgo de información producido por los profesionales sanitarios que llevan a cabo la encuesta. Se subsanará utilizando el menor número de entrevistadores posibles, con criterios unificados y un entrenamiento previo.

También puede darse un sesgo de información debido a que se excluyen aquellas mujeres con barreras lingüísticas o con alteraciones cognoscitivas que no puedan leer el consentimiento informado.

Resultados

Análisis univariante de los datos

Prevalencia

A lo largo de los ocho meses de estudio se han producido en este medio un total de 1.501 partos, de los cuales 757 han sido en mujeres primíparas. En la Tabla 6 se muestra el número de partos totales y partos en mujeres nulíparas, re-

partidos en cada uno de los meses en que se llevó a cabo la investigación.

Tabla 6. Número de partos en nulíparas y totales

	Total partos	Partos en nulíparas
Mayo 2013	187	98
Junio 2013	175	93
Julio 2013	209	90
Agosto 2013	177	97
Septiembre 2013	204	97
Octubre 2013	179	95
Noviembre 2013	189	87
Diciembre 2013	181	100
TOTAL	1501	757

Descripción de la gestante tipo de la muestra

Se estudió una muestra de 580 gestantes, de las cuales un 88,44% de las mujeres son españolas, mientras que el 5,17% son rumanas, un 3,96% sudamericanas, 1,89% son marroquíes y un 0,54% de otras nacionalidades.

Los niveles de estudios de las participantes son: primaria finaliza un 7,80%, primaria sin finalizar 1,4%, secundaria finalizada 25,10%, secundaria sin finalizar 8,60%, universitarios finalizados 35,60%, universitarios sin finalizar 0,20% y formación profesional 0,90%

En cuanto a la situación laboral, el mayor porcentaje (32,7%) se encuentra en las mujeres desempleadas, seguido de servicios públicos con un 27,2%. Después comercio y administración con un 15,5% y un 12,2%, respectivamente.

La media de edad de esta muestra es de 30,36 años con una desviación típica (dv) de $\pm 5,389$ años.

Datos referentes al parto

- La media de duración de la gestación se sitúa en 278,68 días (39,81 semanas de gestación) $\pm 10,83$ días.
- El porcentaje de uso de epidural en nuestra muestra es de un 91,6%.
- De los 580 partos de este estudio, el 55,8% ($n = 324$) tuvo un inicio espontáneo, frente a un 4,3% que fue estimu-

lado y un 40% (n= 232) de inicio por inducción. Entre las principales causas de inducción se encuentran, en primer lugar, la gestación cronológicamente prolongada (GCP: \geq 41 semanas de gestación) con un 16,5% del total, seguida de la rotura prematura de membranas (15%), disminución de líquido amniótico con un 3,3%, HTA (3%), diabetes mellitus (1%) y, por último, percentil $>$ 85 con un 0,6%.

- Si se analiza la duración de las distintas fases del parto se obtienen resultados muy variables en cuanto a esta variable. Así pues, la media de duración de dilatación se sitúa en torno a los 352,62 min \pm 191, 37 min de dilatación; la media de duración de expulsivo en 56,92 min \pm 62,38 min y una media de 4,82 min \pm 4,46 min de alumbramiento.
- En cuanto al tipo de parto, un 50,4% es de tipo eutócico, 30% de parto instrumental y un 19,6% de cesárea.
- De los casos de partos instrumentales, el 65,5% inició por alivio de expulsivo, un 13,8% por riesgo de pérdida de bienestar fetal, un 12,6% por expulsivo estacionado y el resto 8,1% por otras causas. Entre los motivos principales de cesáreas, un 49,6% se indicó por no progresión de parto, un 24,8% por riesgo de pérdida de bienestar fetal, un 14,2% por desproporción cefalopélvica y un 10,6% por fallo de inducción.
- La tasa de episiotomía obtenida en este estudio es de 87,36% y la tasa de desgarro se sitúa en el 19,7%.
- En cuanto a las complicaciones en el postparto inmediato 92,4% no presenta ninguna complicación, y dentro de aquellas que tuvieron alguna la más frecuente es la presencia de fiebre (2,8%).

Datos referentes al recién nacido

El 45,4% de los recién nacidos fueron mujeres y el 54,6% varones.

La media de peso es de 3,255 kg \pm 0,435 kg, encontrándose un máximo de 5,200 kg.

La media de perímetro cefálico es de 34,215 cm \pm 1,48 cm, con un máximo de 39 cm y un mínimo de 30 cm.

En cuanto al Test de Apgar, la puntuación media del Apgar al 1º minuto de vida es de 9, y a los 5 minutos es de 9,83%.

La REA realizada en los primeros minutos de vida fue innecesaria en el 63,96% de los casos. REA tipo I en el 29,83%, REA II 3,10%, REA III 2,90% y REA IV en el 0,20%.

Análisis bivariante de los datos

- Al analizar la relación entre la variable neonatal perímetro cefálico y tipo de parto obtenemos una X² de 0,006

por lo que existen diferencias estadísticamente significativas.

Para el grupo de RN con un perímetro cefálico $<$ 34 cm se obtiene una OR= 0,59 en relación al tipo de parto cesárea y una OR= 0,73 para el tipo de parto instrumental.

Para el grupo de RN con un perímetro cefálico $>$ 36 cm se obtienen una OR= 2,22 y OR= 1,22 para cesáreas e instrumentales respectivamente.

- Relacionando la variable neonatal peso del RN con el tipo de parto se obtiene una X² de 0,011 siendo estadísticamente significativo.

Se calcula la OR para el grupo de RN de bajo peso ($<$ 2.500 g) obteniéndose un resultado de 1,21 para el tipo de parto cesárea y una de 0,79 para el tipo de parto instrumental.

Al calcular el riesgo para el grupo de RN con sobrepeso ($>$ 3.500) se obtiene una OR= 2,37 para cesárea y una OR= 1,98 para el de instrumental.

Conclusiones

- Cuando el PC se encuentra por debajo de los 34 cm es factor protector para tipo de parto distócico, entendiéndose por este parto instrumental o cesárea.
- Cuando el PC se encuentra por encima de los 36 cm se eleva notablemente el riesgo de parto distócico.
- Cuando el peso del recién nacido se encuentra por encima de los 3.500 g se eleva notablemente el riesgo de parto distócico.

Discusión

El perímetro cefálico medio de los recién nacidos españoles es de 34,54 cm. La Sociedad Española de Pediatría considera dentro de la normalidad entre 34-36 cm de perímetro cefálico. En la población de estudio, la media de perímetro cefálico es similar a la española situándose este valor en 34,215 cm \pm 1,48 cm, con un máximo de 39 cm y un mínimo de 30 cm.

Al realizar el análisis de ambas variables de estudio, perímetro cefálico y tipo de parto se encuentra relación estadísticamente significativa. Nuestros datos nos dicen que tener un perímetro cefálico mayor a 36 cm, está asociado a mayor riesgo de sufrir una cesárea o un parto instrumental. No obstante, tener un perímetro cefálico menor a 34 cm es un factor de protección frente a los partos distócicos.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el peso al nacer promedio en España es de 3.414,42 g, mientras que

en este estudio la media de peso de los recién nacidos en nulíparas es de 3,255 kg \pm 0,435 kg, encontrándose un máximo de 5,200 kg.

Tras analizar el peso del RN y relacionarlo con el tipo de parto, se encuentra una relación significativa, por lo que un peso mayor a 3.500 g favorece la incidencia de parto instrumental y cesárea visiblemente. A su vez, un bajo peso (< 2.500 g) se considera factor protector frente al parto instrumental, pero un factor de riesgo en el parto por cesárea. Tras obtener estos datos, se puede verificar los resultados obtenidos en la bibliografía consultada que relacionan la macrosomía del recién nacido con un aumento del riesgo de cesárea.

Agradecimientos

Agradecer tanto a los profesionales del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete que han ayudado en la realización de este trabajo, así como a las mujeres que han estado dispuestas a formar parte de nuestro estudio.

Queremos agradecer igualmente a los miembros del equipo de investigación del CHUA por habernos brindado su ayuda y por proporcionarnos herramientas para la realización del estudio y al comité de ética e investigación por su aprobación.

Gracias también por la contribución de cada uno de los autores, por su entrega y esfuerzo, juntos somos un gran equipo.

Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría. Criterios de normalidad del perímetro cefálico del neonato.
2. García-Alix A, Sáenz-de Pipaón M, Martínez M, Salas-Hernández S, Quero J. Utilidad del perímetro cefálico en el recién nacido para anticipar problemas en el neurodesarrollo. *Rev Neurol* 2004; 39:548-554.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2009.
4. Castaño Castrillón JJ, Giraldo Cardona JF, Murillo Díaz CA, Jordán Ordóñez Y, Orozco Arango JA, Robledo Vásquez P, et al. Relación entre peso al nacer y algunas variables biológicas y socioeconómicas de la madre en partos atendidos en un primer nivel de complejidad en la ciudad de Manizales, Colombia, 1999 al 2005. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2008; 59(1).
5. Aguirre Unceta-Barrenechea A, Aguirre Conde A, Pérez Legóburu A, Echaniz Urcelay I. Recién nacido de peso elevado. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados. 2008.
6. Mazouni C, Porcu G, Cohen-Solal E, Heckenroth H, Guidicelli B, Bonnier P, Gamberre M. Maternal and anthropomorphic risk factors for shoulder dystocia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:567-70.
7. Leal-Mateos M, Giacomini L, Pacheco-Vargas LD. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso materno y su relación con el peso del recién nacido. *AMC* 2008; 50(3):160-7.

Herramienta metodológica para la evaluación de contenidos digitales para las gestantes. Intervención, evaluación y consejos de la matrona de Atención Primaria

¹ María Isabel Fernández Aranda

¹ 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

Objetivo: las mujeres gestantes del siglo XXI están cada vez más informadas, tienen acceso continuo e ilimitado a una amplia variedad de información a través de internet y exigen soluciones a sus demandas. La disponibilidad de esta información no significa que sea de calidad, segura y fiable. Cada vez más nos encontramos con páginas web y apps sanitarias llenas de publicidad o con información parcial no avalada por un profesional competente en la materia lo que lleva a la gestante a desconfiar de la información que consulta en internet. Ante este incremento desorbitado de información sanitaria sin verificar es necesario que la matrona, como profesional de referencia, se implique en la verificación de los recursos digitales que consulta la mujer gestante.

El objetivo de este trabajo es presentar una metodología desarrollada para facilitar a la matrona de Atención Primaria el proceso de análisis, verificación y calificación de fuentes digitales con información obstétrica. Estas fuentes validadas podrán ser recomendadas o prescritas a la mujer gestante según su grado de implicación en el proceso del embarazo.

Método: se ha realizado una revisión de la bibliografía existente en el espacio temporal comprendido entre enero de 2000 y enero de 2015.

Resultados y conclusiones: han llevado a la elaboración de un método constituido por tres algoritmos de trabajo y dos tablas con recomendaciones de actuación, que permitirá disponer de una base de datos con direcciones web verificadas y apps sanitarias útiles y de calidad.

Palabras clave: tecnología de la información; internet; matronas; salud de la mujer; difusión por la web como asunto.

Abstract

A methodological tool for the assessment of web contents intended for pregnant women. Intervention, evaluation and counseling by midwife in primary care

Purpose: currently, pregnant women have an increasingly better knowledge, have a continuous and unrestricted access to a wide range of data through the Internet, and call for responses to their demands. Available information is not always safe, reliable or has a high quality. Health-related websites and apps are increasingly including adds or biased information that has not been endorsed by an appropriate professional; therefore, pregnant women do not trust information available in the web. With such an exorbitant increase in unverified health information, a midwife, as a referential professional, should be involved in checking web resources used by pregnant women.

We aimed at reporting a methodology that was developed to help midwives in primary care in analyzing, checking, and scoring websites that include obstetrical information. Endorsed sources may be recommended or prescribed to pregnant women based on their level of involvement in pregnancy process.

Methods: a literature review was carried out for articles published from January 2000 to January 2015.

Results and conclusions: a method based on three working algorithms and two tables of action recommendations was developed to create a database of high-quality and useful endorsed health-related websites and apps.

Key words: information technology; internet; midwives; woman's health; spreading through the Internet.

Introducción

Un reciente estudio de la Universidad de Campbell¹ ha puesto de manifiesto que nueve de cada diez entradas de salud en *Wikipedia* sobre los temas de salud más comunes e importantes (cáncer de pulmón, diabetes, depresión, cardiopatías, etc.) contienen datos inexactos y erróneos. No hace falta ser un profesional sanitario para publicar en *Wikipedia*, por otra parte, las entradas no sufren las exhaustivas revisiones de las revistas especializadas. El tema es importante si tenemos en cuenta que *Wikipedia* cuenta con más de 20.000 entradas médicas, la gran aceptación y el número de consultas de esta gran enciclopedia. *Wikipedia* es un buen punto de partida para una investigación, pero no ha de ser el principal, sobre todo en temas de salud. El caso de *Wikipedia* se puede extrapolar al sinfín de webs sobre salud que existen, entre las que se encuentran las obstétricas. Trabajos como los de Mayer^{2,3}, Conesa⁴, Ramos Sánchez⁵ y Bermúdez-Tamayo⁶ ponen en evidencia la falta de un criterio único para evaluar la calidad de las páginas web con información sanitaria y la variabilidad de la fiabilidad de la información que ofrecen.

La promoción de la salud en el ámbito de la salud reproductiva y el embarazo es una de las funciones de la matrona, por ello disponer de herramientas metodológicas suficientes para llevarlo a cabo se convierte en objetivo prioritario. Damos por hecho que la mujer gestante, una vez que abandone la consulta de la matrona, ante cualquier duda no va a esperar a la siguiente cita, sino que utilizará aquellos medios más cercanos que estén a su disposición para responder a sus consultas. Internet se convierte así en el medio masivo de consulta de información obstétrica. En la consulta de Atención Primaria se detecta la necesidad de disponer de recursos multimedia a través de internet que complementen la información que la matrona oferta a la gestante sobre su embarazo. La mujer en estado de gestación presenta una buena disposición a tener contacto con las nuevas tecnologías a través de la consulta de la matrona, lo que hay que aprovechar para realizar una efectiva promoción de la salud⁷⁻⁹.

Dado que los contenidos de internet son de variable calidad, es necesario contar con una base de datos de recursos *online* (páginas web y *apps* sanitarias) para recomendar a la mujer en cada etapa de su embarazo que estén contrastados y sean seguros. Estos contenidos no son algo inmutable, sino que variarán en el tiempo (cierre de la página web, no se actualizan los contenidos, etc.) por lo que es recomendable, además de contar con esa base de datos, disponer de una metodología que posibilite a la matrona seleccionar recursos fiables, seguros y con la suficiente calidad de información. Estos contenidos deben estar avalados científicamente y basados en la evidencia. Existen herramientas para evaluar la información digital, pero no procedimientos ni algoritmos que faciliten cómo realizarlos.

Para reducir el impacto de los posibles riesgos en la utilización de información no verificada se han desarrollado di-

versos códigos de ética y conducta con procesos de acreditación que certifican, mediante sellos o marcas de confianza, la validez de la información que ofrecen en la red. Entre los sellos de calidad y códigos de conducta destacan: HONCode¹⁰, Web Médica Acreditada¹¹, Proyecto de Webs Médicas de Calidad¹² y el código ético y sello de la Agencia de calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía¹³.

Por otro lado, la rápida extensión que las nuevas tecnologías han experimentado en esta última década ha convertido a los teléfonos móviles tipo *smartphone* en el dispositivo idóneo para la consulta a internet y a las *apps* sanitarias en las aplicaciones estrella, con un papel cada vez más importante como recurso informativo sanitario. Actualmente no existe un marco legislativo mundialmente aceptado para la certificación de *apps* de salud, los mecanismos de acreditación dependen de la región geográfica donde se hayan desarrollado lo que no asegura unos estándares de efectividad y seguridad mínimos. Las formas más comunes de revisión y categorización de las *apps* sanitarias son estudios realizados por profesionales independientes, revisiones generadas por el usuario, las creadas por guías de bibliotecas de instituciones académicas/sanitarias y, por último, las publicaciones basadas en el modelo *peer-review* en internet.

Por todo ello, se plantea la necesidad de que la matrona disponga de una metodología de trabajo estructurada que le permita filtrar información para detectar aquellos recursos *online* (páginas web, blogs, redes sociales y *apps* sanitarias) que reúnan unas características de seguridad, confidencialidad, calidad y veracidad de la información mínimas para recomendar su consulta a la mujer gestante con plenas garantías de que la información que detallan está avalada científicamente y es segura. El objetivo de este estudio es, por tanto, mediante un análisis de la bibliografía existente, desarrollar una metodología de trabajo que permita seleccionar páginas web y *apps* sanitarias que sirvan a la matrona para ayudar a la mujer a consultar información de calidad convenientemente verificada.

Métodos y resultados

Para realizar la revisión de la bibliografía existente se siguieron las recomendaciones del estándar PRISMA¹⁴ con los siguientes criterios de inclusión:

- CI1) Fecha de publicación entre enero de 2000 y enero de 2015.
- CI2) Artículos que versen sobre evaluación y criterios para el análisis de la calidad de páginas web, *apps* sanitarias y en general información sanitaria en internet.
- CI3) Artículos que propongan herramientas de evaluación de información sanitaria y estudios del caso que las apliquen.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de las principales bases de datos: *Pubmed*, *Embase*, *Cuiden* y *Cochrane*,

además de consultar la aplicación *Scholar Google* y las bases de datos de *SciELO*, *ScienceDirect* y Elsevier. Las palabras clave empleadas han sido: "información de la evaluación de la salud de internet", "calidad de la información", "matronas", "educación para la salud comunitaria", "gestantes", "apps sanitarias" y "tecnología de la información". En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores, para concretar las publicaciones en términos de tecnologías de la información. Se completó la búsqueda acudiendo a informes de empresas públicas y privadas relacionadas con las TIC y la sanidad además de consultar la aplicación *Scholar Google* y las bases de datos de *SciELO* y *ScienceDirect*. El diagrama de flujo del proceso se representa en la Figura 1.

Se revisaron estudios sobre criterios para el análisis de la calidad de la información de páginas web sanitarias en es-

pañol e inglés y sobre metodologías de evaluación y clasificación de las *apps* sanitarias para mujeres en periodo de gestación, analizándose los informes y artículos mostrados en las Tablas 1 y 2. Las Tablas 3 y 4 incluyen recomendaciones a seguir al consultar webs de salud para mujeres gestantes y el uso de redes sociales de forma segura. También se desarrollaron tres algoritmos representados en las Figuras 2, 3 y 4 que ilustran la metodología a seguir para seleccionar recursos digitales y orientar a la mujer en la consulta de la matrona de Atención Primaria.

Discusión

Algoritmos desarrollados

El algoritmo nº 1 (Figura 2) describe el proceso general de actuación desde el momento que la mujer gestante entra en

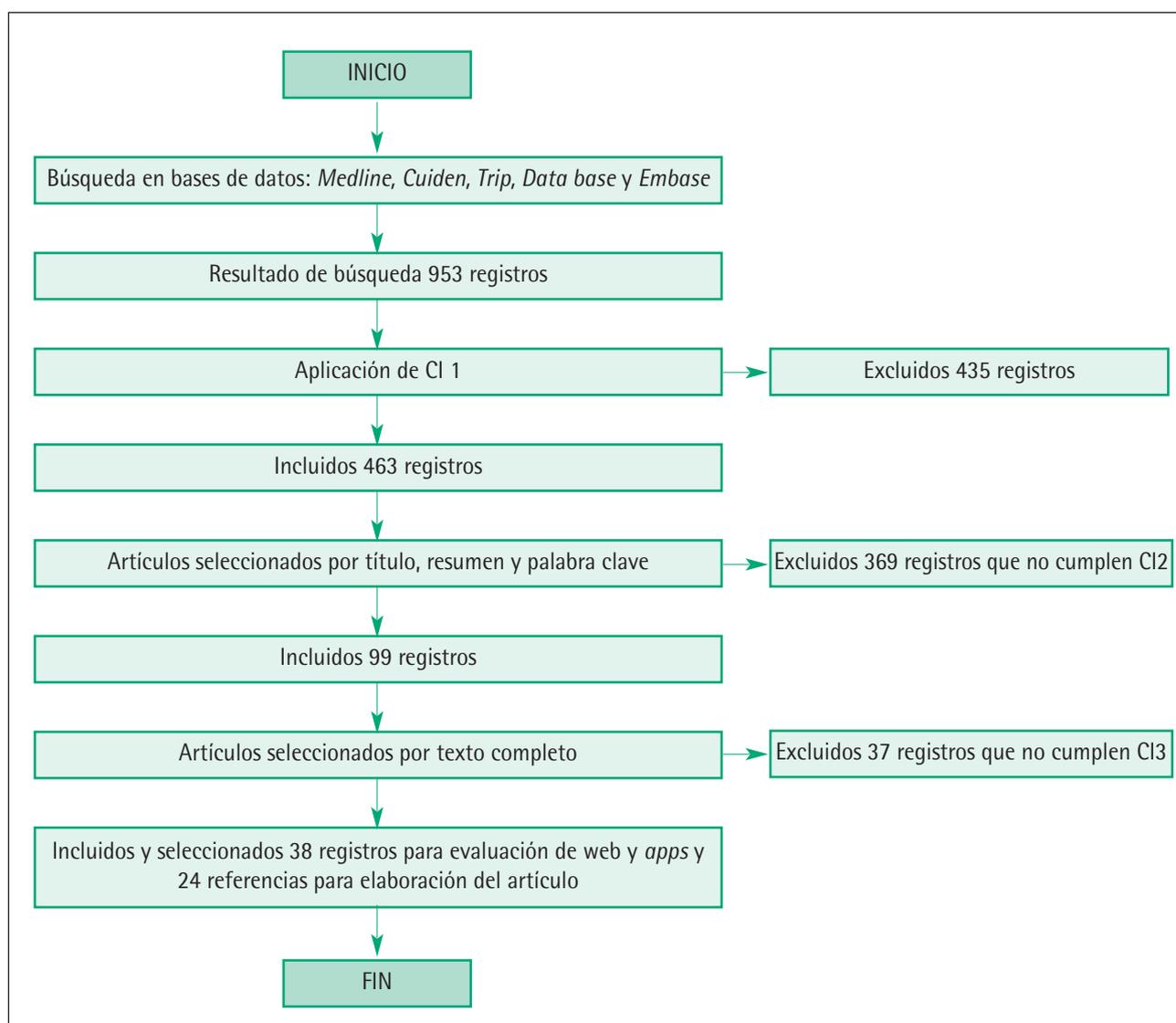


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA

Tabla 1. Bibliografía seleccionada en estudio de calidad de páginas Web

	Título del trabajo	Autor principal - año publicación	Referencia bibliográfica
1	Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado	Conesa Fuentes et al. (2011)	Aten Primaria 2011; 43(1):33-40
2	Evaluación de las páginas web en lengua española útiles para el médico de Atención Primaria	Rancaño García et al. (2003)	Aten Primaria 2003; 31(9):575-84
3	Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos	Bermúdez-Tamayo et al. (2006)	Aten Primaria 2006; 38(5):268-74
4	Evaluación de la calidad de las páginas web con información sanitaria: una revisión bibliográfica	Conesa Fuentes y Aguinaga Ontoso (2009)	BiD: textos universitarios de biblioteconomía y documentación 2009; 23:1-12
5	Criterios más utilizados para la evaluación de la calidad de los recursos de información en salud disponibles en Internet	Ramos Sánchez (2004)	ACIMED 2004; 12(2):1-10
6	La evaluación de la calidad de la información web: aportaciones teóricas y experiencias prácticas. Recursos informativos: creación, descripción y evaluación	Merlo Vega (2003)	Sociedad de la información 2003; 8:101-10
7	<i>Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review</i>	Eysenbach (2002)	JAMA 2002; 287:2691-5
8	¿Evaluar la calidad de los recursos web o simplemente filtrarlos?	Oliván (2006)	Documentación de las ciencias de la información 2006; 24: 105-26
9	Evaluación de la calidad de las webs de centros de farmacoeconomía y economía de la salud en Internet mediante un cuestionario validado	Domínguez-Castro e Iñesta-García Domínguez (2004)	Gac Sanit 2004; 18(4):295-304
10	Análisis de calidad de paginas web sobre hipertensión arterial en países de habla hispana	Trabalón Flores (2012)	Rev Esp Comun Salud 2012; 3(1): 3-15
11	Análisis de la calidad de las paginas webs sobre el virus del Papiloma Humano	Arcos-García (2012)	Rev Esp Comun Salud 2012; 3(1): 28-37
12	Análisis de las páginas web de las Unidades de Cuidados Intensivos de España	Navarro-Arnedo (2009)	Enferm Intensiva 2009; 20(4):148-158
13	Evaluando la calidad de las páginas web al primer clic. Estudio de casos.	Conesa Fuentes y Paños Álvarez (2006)	Tempus Vitalis 2006; 6(2):19-31
14	Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria	González-Soltero et al. (2015)	Nutr Hosp 2015; 31(3):1394-1402
15	Evaluación de las páginas web de enfermería y hospitales del Sistema Público de Andalucía	De la Torre Barbero (2012)	Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba, 2012
16	Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos	Jiménez Pernetta et al. (2009)	Aten Primaria 2009; 41(7):360-66
17	Selección y evaluación de sitios web dirigidos a pacientes referidos al campo de la salud	Bermúdez Tamayo (2006)	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2006. Informe 1/2006

Tabla 1. Bibliografía seleccionada en estudio de calidad de páginas web (continuación)

	Título del trabajo	Autor principal - año publicación	Referencia bibliográfica
18	Evaluación de la calidad de los sitios web con información sanitaria en castellano	Conesa Fuentes (2010)	Tesis Doctoral Universidad de Murcia, Febrero 2010
19	<i>Gynaecology on the Net</i>	Galimberti y Jain - (2000)	J Obstet Gynaecol. 2000;20:297-299
20	<i>Quality of information on female sterilisation on the Internet</i>	Latthe (2000)	J Obstet Gynaecol. 2000;20:167-170

Tabla 2. Bibliografía seleccionada en estudio de calidad de apps sanitarias

	Título del trabajo	Autor principal - año publicación	Referencia bibliográfica
1	<i>Guidelines on Medical Devices. Clinical Evaluation MEDDEV. 2.7.1 Rev.3</i>	European Commission Director General for Health and Consumer - 2009	European Commission Director General for Health and Consumer 2009. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/med-dev/2_7_1rev_3_en.pdf
2	<i>Guidelines on the Qualification and classification of stand alone software used in Healthcare</i>	European Commission Director General for Health and Consumer - 2012	European Commission Director General for Health and Consumer 2012. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/med-dev/2_1_6_01_en.pdf
3	<i>European Directory of Health Apps 2012-2013. A review by patient groups and empowered consumers</i>	Robert Madelin - 2012	European Directory of Health Apps. Disponible en: http://www.patient-view.com/uploads/6/5/7/9/6579846/pv_appdirectory_final_web_300812.pdf
4	Informe sobre las apps en España 2014	The App intelligence - 2014	The app intelligence septiembre 2014. Disponible en: http://www.theappdate.es/v-informe-estado-apps-espana/
5	<i>Mobile Health Market Report 2011-2016. The impact of smartphones applications on the mobile health industry</i>	Jahns RG, Mikalajunaite E, Sun D. - 2012	Research2guidance 2012. Disponible en: http://www.research2guidance.com/shop/index.php/downloadable/download/sample/sample_id/160
6	<i>Mobile Medical Applications: Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff</i>	U.S. Department of Health and Human Services. FDA -2013	Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Septiembre 2013. Disponible en: http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/.../UCM263366.pdf
7	<i>Patient Apps for Improved Healthcare. From Novelty to Mainstream</i>	Aitken M, Gauntlett C. - 2013	IMS Institute for Healthcare Informatics. 2013. Disponible en: http://www.imshealth.com/cds/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Health%20Institute/Reports/Patient_Apps/IIHI_Patient_Apps_Report.pdf

Tabla 2. Bibliografía seleccionada en estudio de calidad de apps sanitarias (continuación)

	Título del trabajo	Autor principal - año publicación	Referencia bibliográfica
8	Informe 50 mejores Apps de Salud en español	The App intelligence - 2014 -2014	The App intelligence. 2014. Disponible en: http://madrid.theappdate.com/wp-content/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf
9	Estudio Our Mobile Planet: España	Informe Google - 2012	Google.com. Disponible en: http://services.google.com/fh/files/blogs/our_mobile_planet_spain_es.pdf
10	iSYScore Un método objetivo para valorar Apps de salud a partir de su presentación en el mercado	Fundación iSYS - 2015	Fundación iSYS - 2015 Disponible en: http://www.fundacionisys.org/images/docs/iSYS-core%20v14.pdf
11	Manual de Acreditación de Páginas Web Sanitarias (ME 8 1_02)	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía - 2006	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [sede web]. Disponible en: http://www.calidadappsalud.com/
12	Análisis y evolución de aplicaciones móviles en el campo de la Salud	Calvo González D, De la Torre Díez I, López-Coronado M. - 2014	I+S: informática y salud, 2014; 108:63-70
13	Aplicaciones para terminales móviles en salud	Ávila de Tomás JF. - 2012	FMC 2012;19(7):434-8
14	Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature	Watterson JL, Walsh J, Madeka I. - 2015	BioMed Research International, Article ID 153402, in press
15	Aplicaciones móviles en nutrición, dietética y hábitos saludables: Análisis y consecuencia de una tendencia al alza	San Mauro Martín I, González Fernández M, Collado Yurrita L - 2014	Nutr Hosp 2014; 30:15-24
16	Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification	Boulos MN, Brewer AC, Karimkhani C, Buller DB, Dellavalle RP. - 2014	Online Journal of Public Health Informatics 2014; 5(3):e229
17	Evaluating User Perceptions of Mobile Medication Management Applications With Older Adults: A Usability Study	Grindrod KA, Li M, Gates A. - 2014	JMIR mHealth and uHealth 2014; 2(1):e11. doi:10.2196/mhealth.3048
18	A Systematic Review of Healthcare Applications for Smartphones	Mohammad AS, Yoo I, Sheets L. - 2012	BMC Medical Informatics and Decision Making 2012, 12:67

Tabla 3. Recomendaciones para el uso de webs de salud para mujeres gestantes

1. Internet es una fuente de información muy útil sobre temas de salud y constituye una interesante herramienta complementaria de orientación para las gestantes
2. Es conveniente mantener siempre una actitud vigilante ante la información de salud en internet, ya que existen webs que pueden presentar mensajes confusos, curas milagrosas o verdades a medias

Tabla 3. Recomendaciones para el uso de webs de salud para mujeres gestantes (continuación)

3. Desconfíe de los productos infalibles o efectivos para una amplia gama de dolencias, con "ingredientes secretos" o "antiguos remedios", así como de promociones especiales, obsequios o rebajas para la obtención de tratamientos
4. No deben adquirirse por internet medicamentos que requieran receta médica; recuerde que está prohibido. Para el resto de medicamentos deben seguirse las recomendaciones de las autoridades sanitarias
5. Antes de ofrecer información personal o sobre su salud debe asegurarse de conocer y comprender adecuadamente cuál será la utilización que se realizará de sus datos personales
6. Cuando visite una web con información sanitaria debería poder responder a preguntas como: ¿quiénes son los responsables de la web?, ¿cuál es la fuente original de la información?, ¿aparecen profesionales sanitarios identificados?, ¿está actualizada?, ¿quién financia la web?, ¿se especifica cómo contactar con los responsables?, ¿los contenidos publicitarios están claramente diferenciados?
7. Antes de realizar cualquier pago por internet debe asegurarse que la transacción es segura y cuáles son los términos del servicio que se va a obtener
8. Si ha sido víctima o ha detectado algún fraude en alguna web, notifíquelo a las autoridades sanitarias y/o a las asociaciones de consumidores
9. En los sitios web que disponen de aplicaciones relacionadas con el correo electrónico, chats, foros y blogs, valore los términos de uso y las cláusulas legales que ofrecen estos servicios para conocer su utilidad y sus limitaciones
10. Ante cualquier duda sobre la información obtenida en internet y antes de tomar decisiones que puedan afectar su salud o la de sus familiares, consulte siempre con su médico, matrona u otros profesionales de la salud que le aconsejarán adecuadamente
Fuente: http://www.guiasinfosalud.es

Tabla 4. Recomendaciones para el uso de redes sociales de la Agencia Española de protección de datos

1. Tenga cuidado a la hora de crear un <i>nick</i> . Cualquier programa de mensajería instantánea le pedirá que cree un <i>nick</i> , que equivale a una dirección de correo electrónico. Este no debe proporcionar información personal, directa ni indirectamente
2. Cree una barrera contra la mensajería instantánea no deseada. Evite que su <i>nick</i> o su dirección de correo electrónico aparezcan en áreas públicas (tales como grandes directorios de Internet o perfiles de la comunidad en línea) y no los facilite a desconocidos. Algunos servicios de mensajería instantánea vinculan el <i>nick</i> a la dirección de correo electrónico en el momento en el que el usuario se registra
3. Cuanto mayor sea el número de personas que puedan conocer su dirección de correo electrónico, más serán las posibilidades de recibir ataques de correo electrónico no deseado e ingeniería social
4. En una conversación de mensajería instantánea, nunca debe facilitarse información personal confidencial
5. Comuníquese únicamente con las personas que figuran en la lista de contactos o conocidos
6. No acepte abrir ni descargue nunca imágenes, archivos, ni vínculos de mensajes de remitentes desconocidos
7. En caso de utilizar un equipo público, no seleccione la característica de inicio de sesión automático
8. Quienes usen ese mismo equipo después de usted podrían ver su <i>nick</i> y utilizarlo para conectarse
9. Cuando no esté disponible para recibir mensajes, se debe cuidar la forma en que se da a conocer esa circunstancia

Tabla 4. Recomendaciones para el uso de redes sociales de la Agencia Española de protección de datos (continuación)

10. Respecto de los <i>chats</i> , no facilite nunca datos personales en una sala de <i>chat</i> . No envíe nunca fotografías suyas a otras personas que conozca en la misma
11. Si le piden que introduzca un apodo o que se registre para participar en un <i>chat</i> , elija un apodo que no revele su identidad personal
12. Consulte las condiciones, el código de conducta y las declaraciones de privacidad del sitio de chat antes de iniciar la conversación en línea

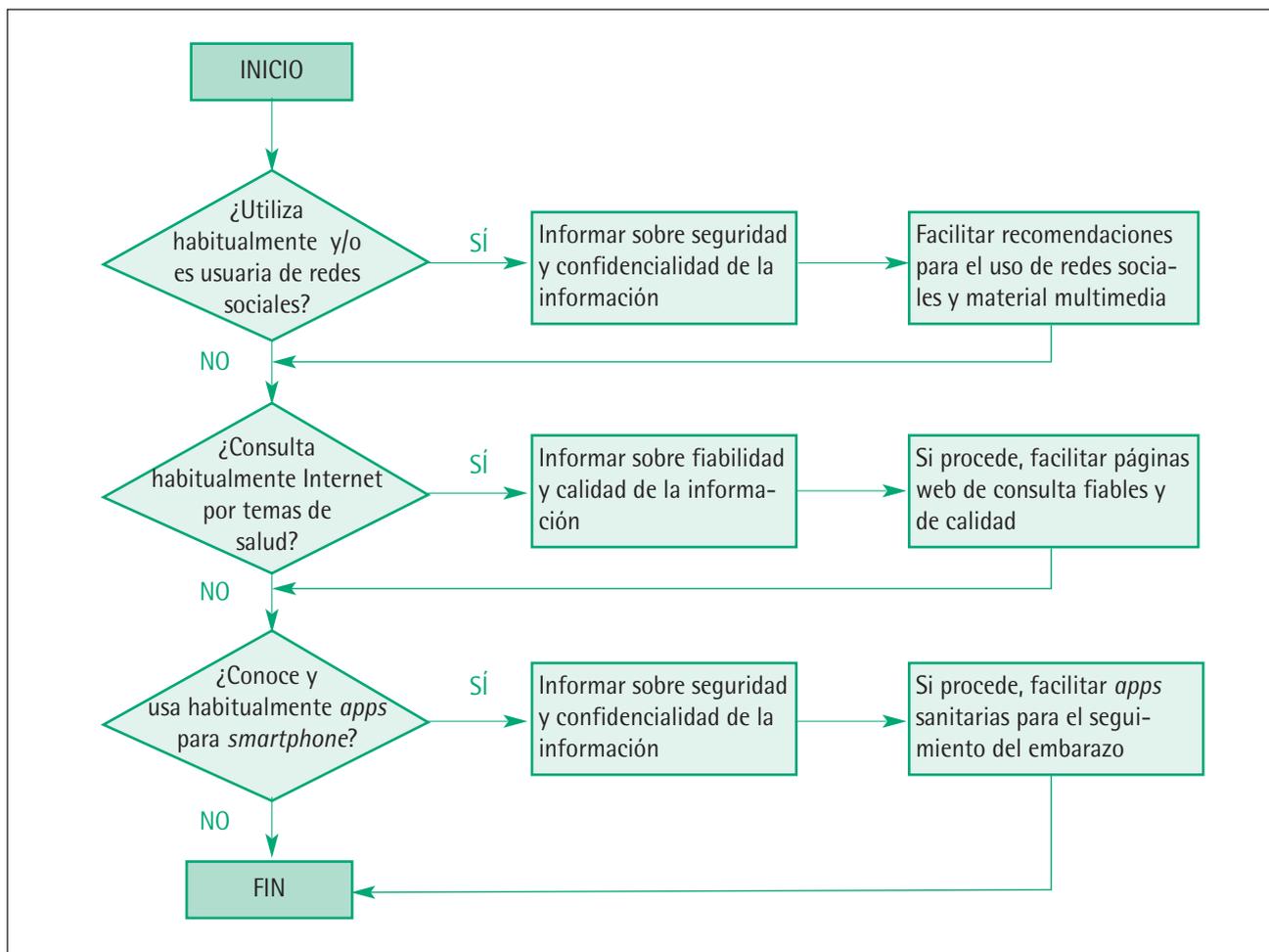


Figura 2. Algoritmo nº 1 de decisión general

la consulta de la matrona. Evalúa la aceptación de la mujer en el uso de las nuevas tecnologías en su embarazo y las posibilidades de ampliar su implicación, utilizando webs adecuadas y *apps* sanitarias recomendadas. Los algoritmos 2 y 3 (Figuras 3 y 4) permiten seleccionar páginas webs y *apps* sanitarias de calidad para posteriormente poderlas reco-

mendar o prescribir a la mujer que las solicite con la tranquilidad de estar revisadas y evaluadas por su matrona de confianza.

Para la selección de páginas webs seguras y de calidad el algoritmo nº 2 (Figura 2) invita a realizar una búsqueda con las palabras clave en la web de *HON Code*¹⁰ y *WMA Search*¹⁵, las

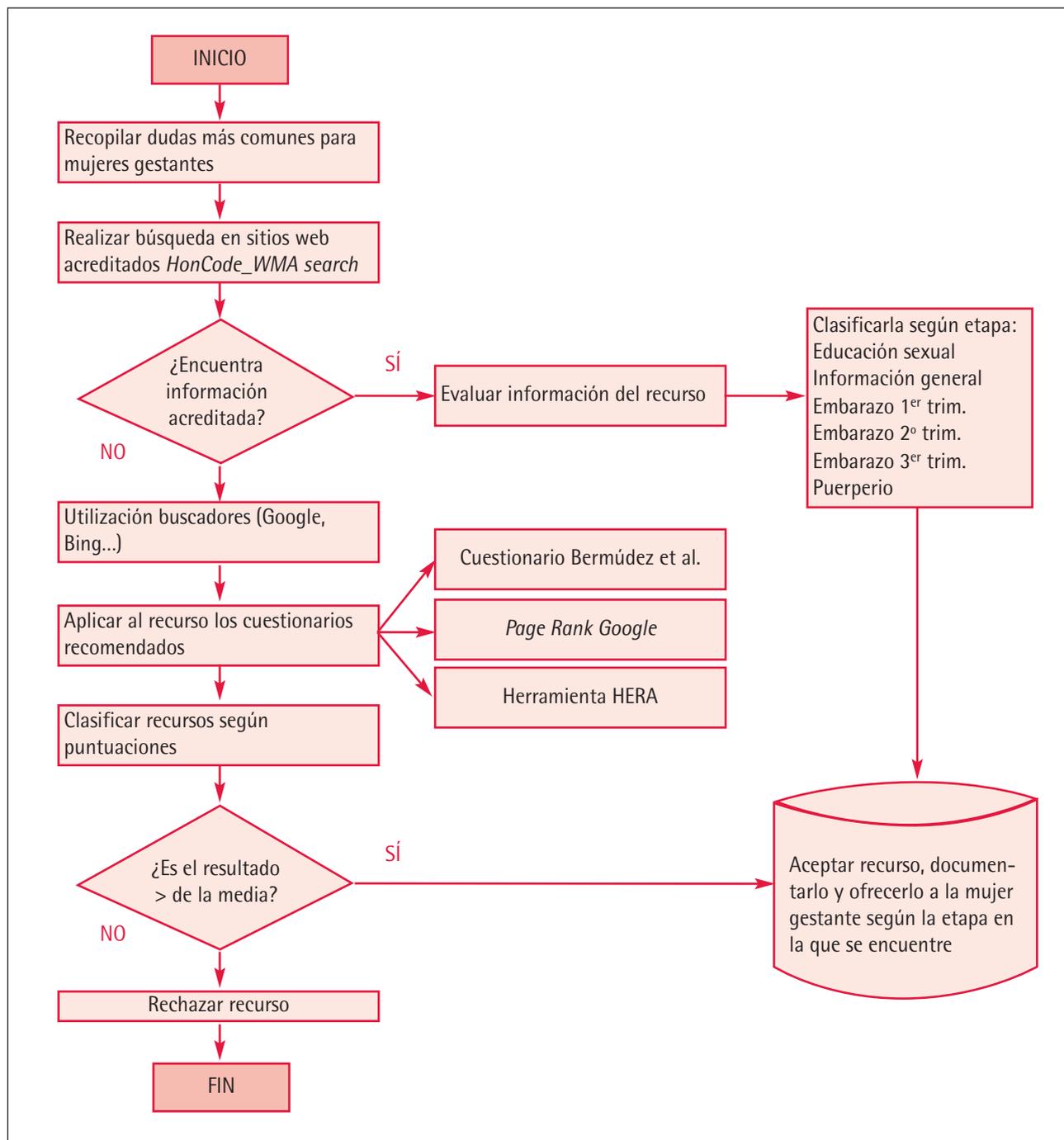


Figura 3. Algoritmo nº 2 de decisión páginas WEB

webs resultantes tendrían la suficiente calidad como para ser recomendadas como recurso verificado y seguro. En caso de no encontrar ninguna página web sobre el tema buscado se recurriría a los buscadores comerciales Google, Yahoo y Bing. Las webs que se encuentren deberán de ser clasificadas mediante tres herramientas que analizan la calidad de sus contenidos, su accesibilidad y su facilidad de uso. Estas herramientas son el cuestionario de páginas web de Bermúdez-Tamayo⁶, la herra-

mienta de análisis de accesibilidad HERA¹⁶ y el *Page Rank de Google*¹⁷ que evalúa el número de enlaces que apuntan a la página analizada y la importancia relativa de estas. Si el resultado del análisis para cada página web supera la media de las mismas se considera como un recurso aceptable y se recomendará su consulta, sino será rechazado.

Por último, y llevando a la mujer al mayor nivel de calidad asistencial posible, que es la prestación ubicua de servicios

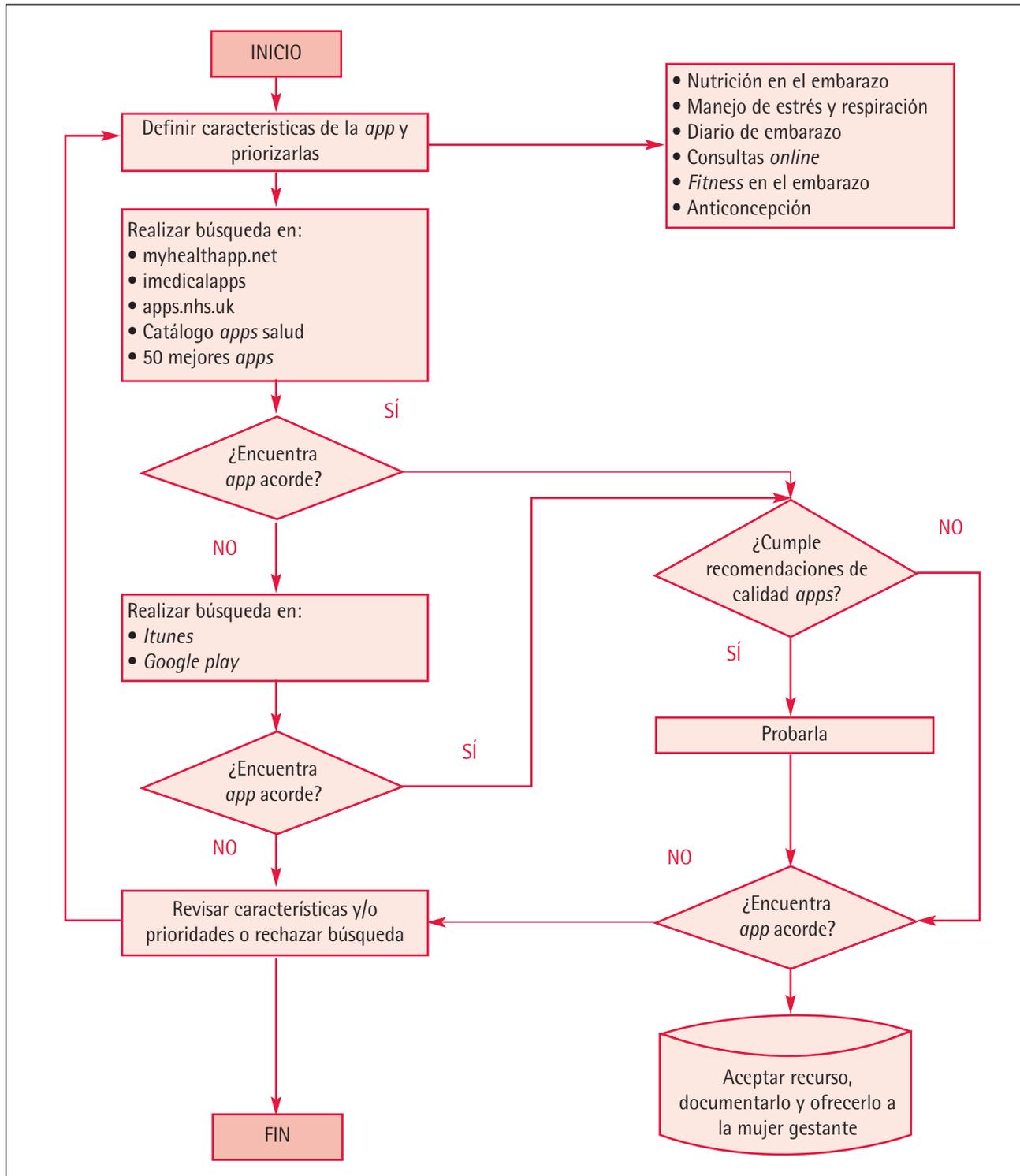


Figura 4. Algoritmo nº 3 de decisión apps sanitarias

sanitarios, se chequeará la posibilidad de utilizar apps sanitarias como dispositivos de consulta de información relacionada con el embarazo o para su seguimiento. La lista de apps a recomendar será previamente elaborada siguiendo el algoritmo nº 3 (Figura 4), según este, una vez definidas

las características de la aplicación móvil se realizará una búsqueda en cinco proveedores de recursos con contenidos verificados (*myhealthapps*¹⁸, *imedicalapps*¹⁹, *apps.nhs.uk*²⁰, el catálogo de apps de la Junta de Andalucía²¹ y el informe las mejores 50 apps²²). Si no se encuentra la aplicación idó-

nea se pasará a buscar en las webs comerciales *Google Play*²³ e *iTunes*²⁴. Una vez localizada, la matrona competente verificará su idoneidad aplicándole el test de la Agencia de Calidad de la Junta de Andalucía²¹ y se probará físicamente realizando un proceso de instalación completa en un terminal tipo *smartphone*. Si cumple las expectativas será considerado recurso didáctico válido para su recomendación a la mujer gestante que lo solicite. Hay que recordar que las *apps* seleccionadas no forman parte ni del proceso diagnóstico ni del asistencial a menos que estén avaladas por una institución oficial.

Metodología de trabajo en la consulta de Atención Primaria

Con la mujer gestante en la consulta de Atención Primaria nuestro primer objetivo será analizar mediante el algoritmo nº 1 si la mujer es receptiva y está dispuesta a dirigirse a las webs que se le recomienden cuando tenga necesidad de ampliar alguna información, utilizar *apps* sanitarias durante el embarazo o seguir las recomendaciones para el correcto uso de las redes sociales (*Facebook, Twitter, Whatsapp, blog* y foros en páginas web, etc.). Se chequeará su nivel de conocimiento de estas tecnologías y herramientas, tiempo disponible y posibilidades de implicación. Además, se adecuarán en todo momento los contenidos digitales facilitados a la etapa gestacional en la que se encuentra la mujer embarazada.

Se comienza explicando las características de las redes sociales y los peligros asociados en cuanto a la confidencialidad y seguridad de los datos personales que facilitamos. A continuación se le facilitará el decálogo de uso de las mismas, contenido en las Tablas 3 y 4.

Si la mujer está interesada en disponer de información ampliada sobre su embarazo, sintomatología o cualquier otro tema relacionado se le recomendaría las páginas webs que previamente habríamos seleccionado mediante el algoritmo nº 2.

Por último, si está interesada en aumentar su implicación y es receptiva al uso de *apps* sanitarias se les facilitaría una relación de ellas detallando las características principales, etapa adecuada para su uso, coste y beneficios que se pueden conseguir con ellas. En este punto es importante informar sobre los aspectos de seguridad, fiabilidad y confidencialidad de la información que manejan y el marco legal en el que se mueven^{7,8}. Las *apps* sanitarias recomendadas habrían sido previamente validadas mediante el algoritmo nº 3. Se le facilitará una lista de las recomendaciones según la finalidad obstétrica para la que la mujer gestante la pueda utilizar (control del peso en la mujer embarazada, manejo del estrés o la respiración, ejercicios de *fitness*, consultas *online*, consultas multimedia de la evolución del feto, etc.).

Conclusiones

La metodología que se ha presentado ofrece a las matronas y mujeres gestantes ventajas en cuanto al uso de las nuevas tecnologías para mejorar la calidad asistencial que se presta en el proceso del embarazo, parto y puerperio. Para la matrona, la estructuración del trabajo de análisis y verificación de contenidos digitales aptos para la mujer embarazada simplifica su gestión, al tiempo que le permite ofrecer información de calidad pensando siempre en la seguridad de la mujer.

Para la mujer embarazada, tener la certeza de que la información a la que accede está verificada por una matrona de su confianza le permite consultar tranquilamente cualquier tipo de información referente a su embarazo sin tener las habituales dudas del grado de exactitud o veracidad de la fuente de consulta en internet.

No hay que perder de vista que con estas herramientas lo que finalmente se persigue es educar a la mujer gestante como consumidora de información sanitaria, ayudarla a seleccionar entre la gran cantidad de información a la que puede acceder en internet sobre su embarazo, educar a los proveedores de sitios web sobre buenas prácticas que deben caracterizar a una página que ofrece información sanitaria y por último ofrecer una garantía de calidad sobre la información que proporcionan las páginas consultadas.

La finalidad de estos algoritmos es la evaluación de la información digital existente y la creación de una base de datos con recursos adecuados para que la gestante recurra a ellos con la tranquilidad de saber que están avalados por un profesional sanitario cualificado. Como medida de precaución es recomendable recurrir siempre a información lo más oficial posible como páginas oficiales que reúnan a profesionales que ofrezcan información contrastada y fiable, como son los hospitales, organizaciones sanitarias y el Ministerio de Sanidad.

Bibliografía

1. Hasty RT, Garbalosa RC, Barbato VA, Valdes PJ Jr, Powers DW, Hernandez E, et al. Wikipedia vs peer-reviewed medical literature for information about the 10 most costly medical conditions. *J Am Osteopath Assoc* 2014; 114(5):368-73.
2. Mayer MA, Leis A, Ruiz P. Navegando por internet: los sellos de calidad y la web semántica pueden ser un camino para encontrar el oro que reluce. *Aten Primaria* 2004; 34(7):383.
3. Mayer MA, Leis A, Ferran S. Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. *Aten Primaria* 2009; 41(10):534-42.
4. Conesa Fuentes MC; Aguinaga Ontoso E. Evaluación de la calidad de las páginas web con información sanitaria: una revisión bibliográfica. *BiD: textos universitarios de bibliotecono-*

- mia i documentació. [Internet] Noviembre 2009. [citado 14 julio 2015]; núm. 23. Disponible en: <http://bid.ub.edu/23/connesa2.htm>
5. Ramos Sánchez E. Criterios más utilizados para la evaluación de la calidad de los recursos de información en salud disponibles en Internet. ACIMED. 2004 [citado 11 julio 2015]. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/5022/1/Criterios.pdf>
 6. Bermúdez-Tamayo C, Jiménez-Pernett J, García G, Azpilicuetta C, Milena S, Babio G, et al. Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. Aten Primaria 2006; 38:268-74.
 7. Fernández MI. Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia ginecoobstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba. Matronas Hoy 2014; 2(3):13-21.
 8. Fernández MI. Las nuevas tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la práctica Obstétrica. Hygia 2015; 88:69-73.
 9. Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gómez-Moreno C, et al. Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. Midwifery 2014; 30:764-71.
 10. The Health On the Net Foundation [sede web]. Chêne-Bourg-Switzerland: HON. 1995. [citado 3 julio 2015]. Disponible en: <http://www.hon.ch/>
 11. Web Médica Acreditada (WMA) [página principal en internet]. [acceso 20 julio 2015]. Disponible en: <http://wma.comb.es/>
 12. Proyecto Web Médica de Calidad. [página principal en internet]. [acceso 20 julio 2015]. Disponible en: <http://www.pwmc.org/>
 13. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Acreditación de páginas web sanitarias. [página principal en internet]. [acceso 20 julio 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_paginasweb_v2/
 14. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol 2009; 62:e1-34.
 15. Buscador Web Médica Acreditada (WMA search) [página principal en internet]. [acceso 20 julio 2015]. Disponible en: <http://wma.comb.es/es/google-search.html>
 16. HERA: revisando la accesibilidad con estilo. HERA. [página principal en internet]. [acceso 20 julio 2015]. Disponible en: <http://www.sidar.org/hera/>
 17. Pagerank de Google [página principal en internet]. [acceso 20 julio 2015]. Disponible en: <http://www.calcularpagerank.com/>
 18. Myhealthapps.net [sede web]. London England: Patient view. 2011. [acceso 10 julio 2015]. Disponible en: <http://myhealthapps.net/>
 19. medicalappjournal.com [sede web]. California USA: Medical App Journal. 2011. [acceso 10 julio 2015]. Disponible en: <http://www.medicalappjournal.com>
 20. National Health Service. The Health apps Library. Noviembre 2013 [acceso 10 julio 2015]. Disponible en: <http://apps.nhs.uk/>
 21. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [sede web]. Sevilla: Conserjería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía 2008. [acceso 3 julio 2015]. Disponible en: <http://www.calidadapsalud.com/>
 22. Observatorio Zeltia. Informe 50 mejores apps de salud en español. The appdate.com. Marzo 2014 [acceso 1 julio 2015]. Disponible en: <http://madrid.theappdate.com/wp-content/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf>
 23. Google.com [sede web]. California USA: Google. 2014. [acceso 3 julio 2015]. Disponible en: <https://play.google.com/store>
 24. Apple.com [sede web]. California USA: Apple. 2014. [acceso 3 julio 2015]. Disponible en: <https://www.apple.com/es/itunes>



enfermeria21
Grupo Paradigma

NUEVO
PORTAL

Portal líder en información para estudiantes y
profesionales en Enfermería



Biblioteca Digital Textos y documentos **encuentra@**
Test de Enfermería **aulaeir** Pack de revistas
Apuntes **Comunidad Metas** Tienda online
auladae Información de estudiantes **aulaope**
Diario **Dicen** Ofertas de empleo **Congresos**



www.enfermeria21.com

¹ Zoraida de la Rosa Várez
¹ María Teresa Rivas Castillo
² María del Valle Alguacil Sánchez
¹ Rosa María Reche Casado

Parto eutócico con inserción velamentosa de cordón umbilical

¹ *Matrona. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.* E-mail: zory_57@hotmail.com
² *Matrona. AGS Sur de Granada.*

Resumen

Objetivo: la inserción velamentosa de cordón aparece en un 0,09-1,8% de las gestaciones simples y generalmente no es diagnosticada anteparto, pudiendo causar graves complicaciones en caso de rotura de los vasos velamentosos. El objetivo de este artículo es analizar un caso real de inserción velamentosa que no causó complicaciones en el transcurso del parto.

Material y método: se presenta el caso de una gestante a término, con parto eutócico y alumbramiento espontáneo en la que se diagnosticó tras el alumbramiento inserción velamentosa de cordón.

Resultados: alumbramiento espontáneo sin complicaciones materno-fetales en ningún periodo del parto. Consideramos que los buenos resultados obtenidos, sin presencia de complicaciones, pueden deberse a que la amniorrexis ocurrió de forma espontánea, y a la vigilancia constante de la matrona durante el trabajo de parto.

Palabras clave: cordón umbilical; anomalías placentarias; vasa previa.

Abstract

Normal birth with velamentous umbilical cord insertion. Case report

Purpose: velamentous umbilical cord insertion occurs in 0.09-1.8% of single pregnancies and is usually undiagnosed before birth; it can result in severe complications in case of rupture of velamentous vessels. A case of velamentous umbilical cord insertion is presented, in which no complications developed during delivery.

Material and methods: a pregnant woman with full-term normal birth and spontaneous delivery is described, with velamentous umbilical cord insertion being found after birth.

Results: spontaneous delivery with no maternal-fetal complications all over the childbirth. Such a favorable clinical outcome could be due to spontaneous rupture of membranes and to consistent monitoring by midwife over the whole childbirth process.

Key words: umbilical cord; placental abnormalities; vasa previa.

Introducción

La inserción excéntrica o incluso marginal del cordón en la placenta es frecuente, pero no tiene importancia clínica^{1,2}. La inserción fuera de la placenta recibe el nombre de inserción velamentosa de cordón (IVC), y consiste en la inserción de los vasos fetales en las membranas, recorriendo una distancia variable entre amnios y corion, desprotegidos de gelatina de Wharton, antes de alcanzar la superficie placentaria¹⁻⁴.

La incidencia descrita para la IVC varía entre el 0,09% y el 1,8% en embarazos simples. En gestaciones múltiples tiene lugar entre el 10% y 18%, aumentando de forma proporcional según el número de fetos¹⁻⁴.

Esta inserción umbilical anómala sería explicada por la teoría del trofotropismo, es decir, ocurriría una inicial inserción normal, pero a medida que progresa el embarazo, se produce una involución o migración de cotiledones como consecuencia de la búsqueda de mejor nutrición, y si el cordón está inserto en uno de estos cotiledones, la desaparición del tejido vellositario a este nivel ocasionará la inserción del cordón en las membranas^{4,5}.

Al no estar recubiertos de gelatina de Wharton, estos vasos son altamente vulnerables, siendo susceptibles de ruptura o laceraciones en cualquier periodo del embarazo, y especialmente cuando en su trayecto velamentoso se colocan en situación previa, adyacentes al canal cervical, denominándose entonces vasos previos. En esta patología, que tiene una incidencia alrededor del 0,02%, al romperse las membranas, los vasos anómalos pueden lacerarse, lo que da lugar a una distocia grave para el hijo, ya que la sangre que se pierde es enteramente fetal¹⁻⁵.

Se describe un caso sin diagnóstico prenatal de IVC, que cursó con rotura prematura de membranas, sin alteraciones del registro cardiotocográfico (RCTG) durante la fase de dilatación y finalizó en un parto eutócico con buenos resultados maternos y neonatales.

Historia del caso

Gestante secundípara, de 38 años de edad, un parto anterior eutócico. El embarazo actual controlado, obtenido de forma espontánea, con curso normal y feto único. Presenta ecografías acordes a edad gestacional, serologías negativas, hemograma y pruebas de coagulación dentro de parámetros normales, estreptococo beta hemolítico negativo y no presenta hábitos tóxicos. En la semana de gestación 40 presenta placenta grado I, inserta en cara anterior. Durante el embarazo está en tratamiento con ácido fólico, yodo y sulfato ferroso a partir del segundo trimestre.

Acude a urgencias obstétricas a la 01:15 h por sensación de pérdida de líquido desde las 00:30, en la semana de gestación 40+6.

Exploración en el servicio de urgencias obstétricas:

- Constantes: TA: 133/84 mmHg, FC: 84 lpm, Tª 36,7 °C.
- Feto en situación longitudinal y presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal positiva.
- Tacto vaginal: cérvix borrado al 65%, semiblando, posición media, dilatado tres centímetros, presentación sobre estrecho superior, con salida evidente de líquido amniótico ligeramente teñido.

Se realiza ingreso en dilatación por parto en curso y líquido teñido.

Ingresando en dilatación a las 02:10 h, donde se canaliza vía periférica, se inicia sueroterapia con Ringer lactato, y se pone RCTG con feto reactivo y buena variabilidad, sin presencia de deceleraciones y dinámica uterina 2:10 minutos.

A las 03:00 h se realiza nueva exploración vaginal, presentando 4 cm de dilatación y occipucio sobre estrecho superior.

A las 04:30 h se produce una disminución de la dinámica uterina, pasando a ser 1:10 minutos, por lo que se inicia perfusión de oxitocina para estimulación.

La gestante solicita analgesia epidural a las 04:50 h, que es aplicada por el médico anestesiólogo sin incidencias.

A las 05:30 h se observa líquido amniótico intensamente teñido, y se realiza nueva exploración vaginal, presentando 6 cm de dilatación y occipucio en I plano de Hodge.

A las 08:00 h la exploración vaginal es de 9 cm, con occipucio presentado en derecha anterior en II plano de Hodge. A las 08:45 h se produce la dilatación completa del cérvix.

A las 9:35 h se produce el parto eutócico en posición de litotomía. Se realiza episiotomía por presencia de deceleraciones durante los pujos. Nace recién nacido mujer, test de Apgar 9-9 que precisa reanimación tipo I por el pediatra. Se realiza el pinzamiento precoz del cordón. Se efectúa el contacto piel con piel con su madre e inicia lactancia materna en sala de puerperio. Biometría: peso 3.800 g, 50 cm de longitud y 34,5 cm de perímetro cefálico.

A las 9:40 h se produce alumbramiento espontáneo de placenta con IVC que recorre toda la bolsa amniótica, con membranas íntegras, de tamaño normal y tres vasos de cordón (Imágenes 1, 2 y 3).

Resultados y seguimiento

En el postparto inmediato presenta constantes normales, útero contraído y sangrado normal, es trasladada a la Unidad de Maternidad donde continúa un postparto sin incidencias y lactancia materna eficaz.

La recién nacida presentó buen estado general y una evolución normal. Ni la madre ni la recién nacida precisaron ningún tratamiento ni prueba complementaria. Ambas son dadas de alta a las 28 h.

Observaciones

La IVC es más frecuente en fetos con arteria umbilical única y se asocia a mayor incidencia de anomalías fetales, siendo la más habitual la atresia esofágica³. También se observa asociación con placentas bilobuladas, subcenturias y previas y con abrupcio placentae y preeclampsia^{3,6}.

Algunos signos de alarma que nos pueden hacer sospechar una IVC son: sangrado vaginal indoloro acompañado de irregularidades del latido fetal. Las desaceleraciones variables y los registros no tranquilizadores durante el parto están relacionadas con la IVC, ya que el aumento de tensión del saco amniótico durante las contracciones uterinas puede comprimir los vasos causando desaceleración. En el caso de la vasa previa, se puede diagnosticar mediante palpación de vasos en el tacto vaginal o su visualización con amioscopio^{4,6}.

Otras complicaciones de la IVC son: restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, desprendimiento de placenta, puntuaciones menores de Apgar al minuto y cinco minutos y muerte neonatal^{4,6}.

La morbilidad perinatal es más frecuente en gestantes con anomalías de la placenta, del cordón umbilical o de las membranas. La detección prenatal de la IVC reduciría el número de cesáreas urgentes en mujeres de bajo riesgo y podría también reducir la morbilidad fetal y neonatal^{5,6}.

En la actualidad, con el uso de ultrasonido convencional complementado con ultrasonido Doppler, y combinando vía abdominal y transvaginal, se puede identificar la inserción de cordón patológica en el segundo trimestre con una sensibilidad del 67-69% y una especificidad del 95-100%^{4,6}. Sin embargo, el *American College of Radiology*, el *American Institute of Ultrasound in Medicine* y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* no recomiendan de forma específica la evaluación de la inserción placentaria⁴.

Discusión y observaciones para la práctica

Se considera de importancia la difusión de este caso por lo siguiente:

- A pesar de ser un embarazo correctamente controlado, no se había detectado la existencia de IVC, ya que no suele ser habitual identificar la inserción del cordón de forma sistemática.

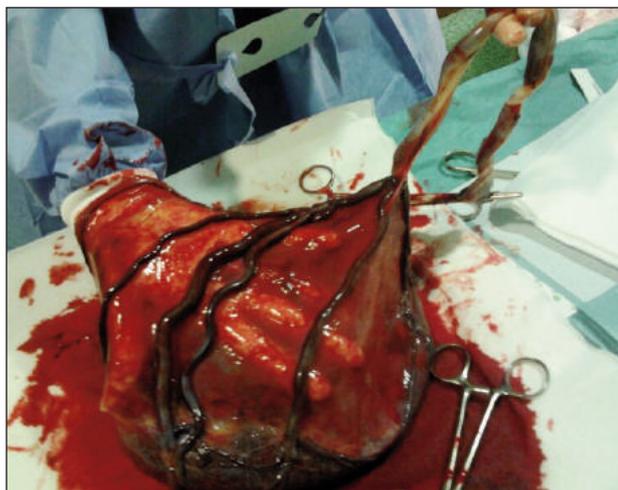


Imagen 1. Aspecto macroscópico de la placenta con inserción anómala de cordón umbilical (inserción velamentosa)

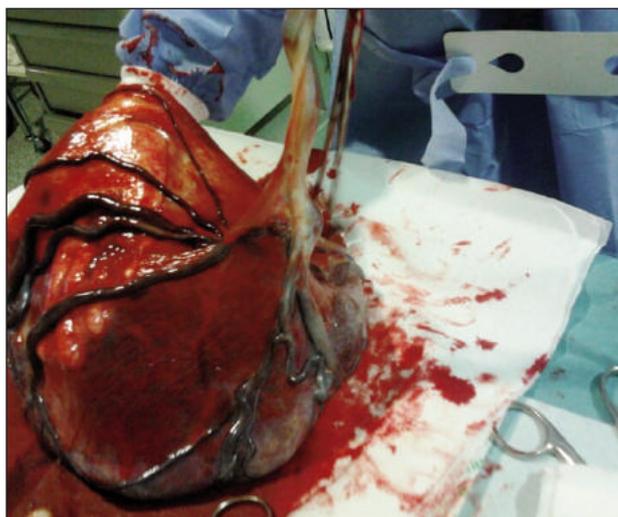


Imagen 2. Examen de los vasos para comprobar su estado tras el alumbramiento (sin laceraciones)

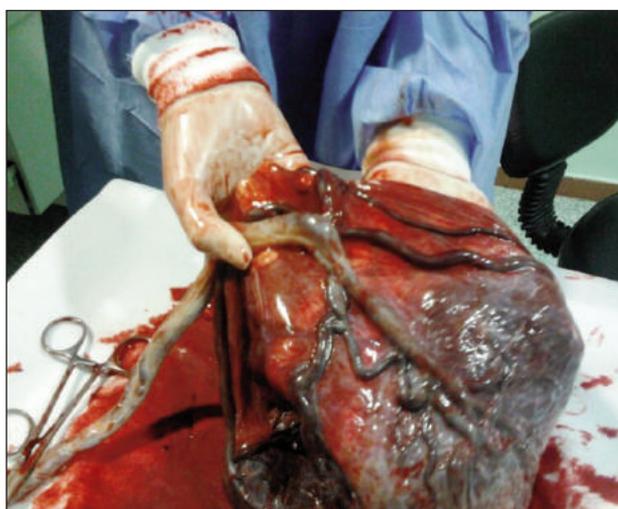


Imagen 3. Se observa cómo los vasos, sin gelatina de Wharton protectora, se separan antes de alcanzar la placenta

- Un embarazo sin complicaciones y un aparente parto de bajo riesgo resultaron presentar un factor de riesgo que podría haber causado una importante complicación.
- Es difícil identificar factores de riesgo de la IVC, aunque algunos estudios lo relacionan con embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida (particularmente fecundación *in vitro*)^{5,7}, pérdida sanguínea durante la gestación, feto femenino, hábito tabáquico al inicio del embarazo, cesárea anterior y enfermedades maternas como asma, hipertensión crónica, diabetes tipo 1 y diabetes gestacional⁷.
- Se realizó monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal, que no presentó alteraciones durante la fase de dilatación, aunque sí durante el expulsivo, lo que podría deberse a la IVC.
- El líquido teñido ligeramente al producirse la rotura espontánea de membranas y su evolución a intensamente teñido sin alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal podría ser causa también de la IVC.
- Un caso como este hace recordar que, indistintamente del riesgo al inicio del parto, la conducta que debe adoptar la matrona debe ser siempre de vigilancia constante.
- Merece especial reflexión el hecho de que a pesar de existir un factor de riesgo que no conocíamos, este no produjo complicaciones. El hecho de producirse una rotura espontánea de membranas en el domicilio podría haber

tenido graves consecuencias, aunque afortunadamente no se produjo laceración de ningún vaso.

Bibliografía

1. Botella Llusí J, Clavero Núñez JA. Tratado de ginecología. 14ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
2. Aller J, Pagés G. Obstetricia Moderna. 3ª ed. Caracas: McGraw/Hill Interamericana; 1999.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª ed. México DF: McGraw/Hill Interamericana; 2006.
4. Díaz J, Salvador J, Cok J, Zambrano C, Romero M. Inserción velamentosa de cordón y desaceleración variable en el monitoreo cardíaco fetal. *Med Hered* 2013; 24:222-25.
5. Pérez R, Sepúlveda W. Vasa previa. *Chil Ultrasonog* 2008; 11:26-30.
6. Rocha J, Carvalho J, Costa F, Meireles I, Carmo O. Velamentous Cord insertion in a singleton pregnancy: an obscure cause of emergency cesarean-a case report. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012 Nov 29.
7. Ebbing C, Kiserud T, Johnsen SL, Albrechtsen S, Rasmussen S. Prevalence, risk factors and outcomes of velamentous and marginal cord insertions: a population-based study of 634,741 pregnancies. *Plos ONE*. 2013; 8(7):e70380.

¹ Cristina Pereira Álvarez
² Raquel Masso Cros
² Alba Lladó García

Hiperemesis gravídica: a propósito de un caso

¹ *Matrona. Hospital do Salnes. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

E-mail: cris.pereira.alvarez@gmail.com

² *Matrona. Hospital Clinic de Barcelona. Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON).*

Resumen

Objetivo: las náuseas y vómitos están presentes en el 75-80% de las mujeres gestantes, principalmente durante el primer trimestre, el espectro más grave de esta situación clínica se conoce como hiperemesis gravídica.

El objetivo de este trabajo es diagnosticar un caso real de hiperemesis gravídica y aplicarle el tratamiento farmacológico y otras medidas no farmacológicas requeridas para su resolución.

Material y método: se presenta el caso de una gestante diagnosticada de hiperemesis gravídica en el que se produjeron múltiples ingresos hospitalarios y se detalla el seguimiento por parte del equipo multidisciplinar, así como el enfoque terapéutico, teniendo en cuenta los múltiples factores relacionados con esta patología.

Resultados: la gestación finalizó mediante un parto eutócico y sin complicaciones maternas.

Conclusiones: el correcto diagnóstico, así como el control de signos y síntomas, hicieron posible una correcta evolución y la prevención de las posibles complicaciones derivadas de la hiperemesis gravídica.

Palabras clave: hiperemesis gravídica; náuseas; vómitos; embarazo.

Abstract

Hyperemesis gravidarum: apropos of a case

Purpose: nausea and vomiting occur in 75-80% of pregnant women, particularly in first trimester; most severe cases are known as hyperemesis gravidarum or pernicious vomiting of pregnancy.

A patient with hyperemesis gravidarum was diagnosed and received drug therapy and other non-pharmacological measures needed to solve the problem; the case is reported.

Material and methods: a pregnant woman diagnosed with hyperemesis gravidarum has multiple hospital admissions. Follow-up by a multidisciplinary team and therapeutic approach are reported, and multiple factors related to this disorders are described.

Results: a normal birth resulted, with no maternal complications.

Conclusions: a correct diagnosis and a successful control of symptoms and signs allowed a favorable course and prevented potential complications resulting from hyperemesis gravidarum.

Key words: hyperemesis gravidarum; nausea; vomiting; pregnancy.

Introducción

La hiperemesis gravídica es una entidad caracterizada por vómitos persistentes e incoercibles que aparecen de forma progresiva, acompañados de una pérdida ponderal superior o igual al 5% del peso inicial y que se produce en ausencia de otra patología que pueda originarlos^{1,2}, la incidencia se encuentra en torno al 0,5-2% de todas las gestaciones¹.

Las náuseas acompañadas de vómitos afectan, durante la gestación, a un 75-80% de las mujeres². En general, el inicio de esta sintomatología coincide con el diagnóstico de embarazo³ y es de naturaleza autolimitada¹. Los vómitos son escasos y matutinos, sin que se vea alterada la tolerancia a la ingesta² y suelen remitir entre las semanas 16 y 20 de gestación¹.

La etiopatogenia de la hiperemesis gravídica se desconoce, si bien se considera la elevación sérica de los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana (β -HCG) como uno de los factores principalmente implicados³, hasta el punto de establecer una correlación entre los niveles de β -HCG y la intensidad de la emesis, razón por la cual está presente con mayor frecuencia en gestaciones múltiples⁴.

También se ha descrito la posible influencia de factores psicológicos^{2,5,6}.

Existen factores sociodemográficos^{2,3}, metabólicos², gástricos⁵ asociados con una mayor incidencia de hiperemesis gravídica (Tabla 1). Se trata de una etiología multifactorial².

La conducta terapéutica a seguir ante la presencia de los primeros síntomas se basa en la educación sobre hábitos dietéticos y nutricionales^{1,7} junto con tratamiento farmacológico antiemético (combinación de doxilamina con pirodoxina, como fármaco de elección)⁷. El uso de tratamientos no farmacológicos (acupresión, acupuntura o rizoma de jengibre) podría ser eficaz en pacientes con sintomatología leve⁴.

En los casos de hiperemesis gravídica en los que exista una intolerancia total a la ingesta será necesario el manejo hospitalario para conseguir una rehidratación endovenosa eficaz^{4,5}. Si los vómitos son muy persistentes se debe administrar vitamina B₁ o tiamina para prevenir el síndrome de Wernike-Korsakoff⁵.

Objetivos

El objetivo de este artículo es proporcionar información actualizada acerca de la hiperemesis gravídica mediante referencias constantes a un caso clínico, así como incidir en la importancia del diagnóstico correcto de dicha entidad y del manejo de sus síntomas y posibles complicaciones.

Método

Primigesta de 28 años de edad, nacida en México, con un IMC (índice de masa corporal) de 32. Presenta como antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 1, bien controlada, desde los 25 años y episodio de bulimia nerviosa, de

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de hiperemesis gravídica^{2,3,5,6}

<p>Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera gestación • MC > 30 • Edad < 24 años • Raza negra • Ingesta habitual de alcohol • Bajo nivel socioeconómico • Antecedentes personales o familiares • Feto de sexo femenino 	<p>Factores gástricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Helicobacter pylori</i> • Alteraciones en la motilidad intestinal • Relajación del esfínter esofágico • Elevación de amilasa • Enzimas hepáticas elevadas
<p>Factores metabólicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles elevados de β-HCG • Niveles elevados de estrógenos • Hipertiroidismo transitorio • Hipofunción corticoide • Niveles elevados de serotonina 	<p>Factores psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estados de ansiedad

carácter autolimitado durante seis meses, diagnosticado a los 23 años y sin recidivas posteriores. Ausencia de hábitos tóxicos.

El día 8 de agosto acude al servicio de urgencias a las 11+6 semanas de gestación, refiriendo vómitos hemáticos de dos días de evolución sin ninguna otra sintomatología asociada. Tras la realización de una ecografía y una analítica en las que no se observaron incidencias, se decide iniciar tratamiento farmacológico antiemético.

Ante la ausencia de respuesta al mismo se decide ingreso para manejo hospitalario. Será necesario el ingreso hospitalario en todos aquellos casos en que, a pesar de la asociación de dos o más tratamientos de forma ambulatoria, continúe el deterioro nutricional y metabólico derivado de la intolerancia total a la ingesta^{4,5,8}.

Generalmente, el diagnóstico de hiperemesis gravídica es de exclusión y clínico, debiendo valorar otras muchas patologías que, coincidiendo con la gestación, podrían producir: alteraciones gastrointestinales, genito-uritarias, metabólicas o neurológicas. Además, se debe descartar el consumo de fármacos mal tolerados o tóxicos².

La constante pérdida hídrica a través de los vómitos puede producir signos de hipovolemia y deshidratación, tales como: hipotensión, taquicardia, signo de pliegue cutáneo, sequedad de mucosas u oliguria; estos pueden verse acompañados de aliento cetónico derivado de la inanición por intolerancia alimentaria^{2,3}. También pueden evidenciarse alteraciones analíticas: hemoconcentración, alteraciones electrolíticas y alteración de los perfiles hepático y tiroideo^{1,9}.

Es importante realizar una exploración física exhaustiva y una anamnesis correcta con el objetivo de corregir los posibles desequilibrios electrolíticos lo más pronto posible y prevenir complicaciones (Tabla 2).

Se mantiene a la gestante en dieta absoluta con hidratación vía parenteral junto con la administración de tratamiento antiemético. Pasados tres días de la fecha de ingreso, habiendo mejorado la sintomatología, se evidencia una alteración electrolítica (hipopotasemia), por lo que se decide asociar cloruro potásico al suero para corregir ionograma. A los cinco días, tras mejoras en la tolerancia oral, se normalizan los valores séricos de potasio. Se decide dar el alta a la paciente y mantener tratamiento antiemético oral.

El día 24 de agosto, a las 24 semanas de gestación, acude al servicio de urgencias refiriendo vómitos de repetición, tras llevar a cabo la misma conducta terapéutica que en el primer ingreso, a la que se sumó la administración de vitamina B₁, se realiza una interconsulta con el servicio de psiquiatría perinatal: se recomienda la restricción de visitas durante dos a tres días y retirar el recipiente empleado para vomitar^{3,9}, resultando estas medidas muy eficaces.

Tabla 2. Complicaciones derivadas de hiperemesis gravídica

Complicaciones maternas^{1,2,5}

Mecánicas

- Síndrome de Boerhaave
- Síndrome de Mallory-Weilss
- Síndrome de Mendelson

Hiponatremia

- Cefalea
- Disminución de reflejos
- Convulsiones

Hipopotasemia

Alcalosis metabólica

Déficit de vitamina K

- Alteraciones hemorrágicas

Déficit de vitamina B₁

- Síndrome de Wernike-Korsakoff

Insuficiencia renal aguda

Desnutrición

Trastornos psicológicos

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de somatización

Complicaciones fetales^{2,5}

Alteraciones en el peso del recién nacido

- Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
- Recién nacido de bajo peso (BPN)

Aumento morbimortalidad fetal

Tras el alta, la paciente volvió a acudir al servicio de urgencias en cuatro ocasiones más refiriendo vómitos de repetición (a las 15+6, 18, 21+4 y 30+4 semanas de gestación), en todas ellas la conducta terapéutica fue la ya citada (Gráfico 1).

Resultados

A las 33+3 semanas de gestación acude al servicio de urgencias por sensación de hidrorrea, tras la realización de una ecografía transvaginal se confirma el diagnóstico de rotura prematura de membranas. Se realiza un registro cardiotocográfico en el que se evidencia bienestar fetal y ausencia de dinámica uterina. Se decide ingreso hospitalario para iniciar tocolisis, maduración pulmonar fetal y profilaxis antibiótica de amplio espectro¹⁰. Ante el aumento de la dinámica uterina, y tras confirmar la maduración fetal por amniocentesis, se decide dejar evolucionar el parto: la ges-

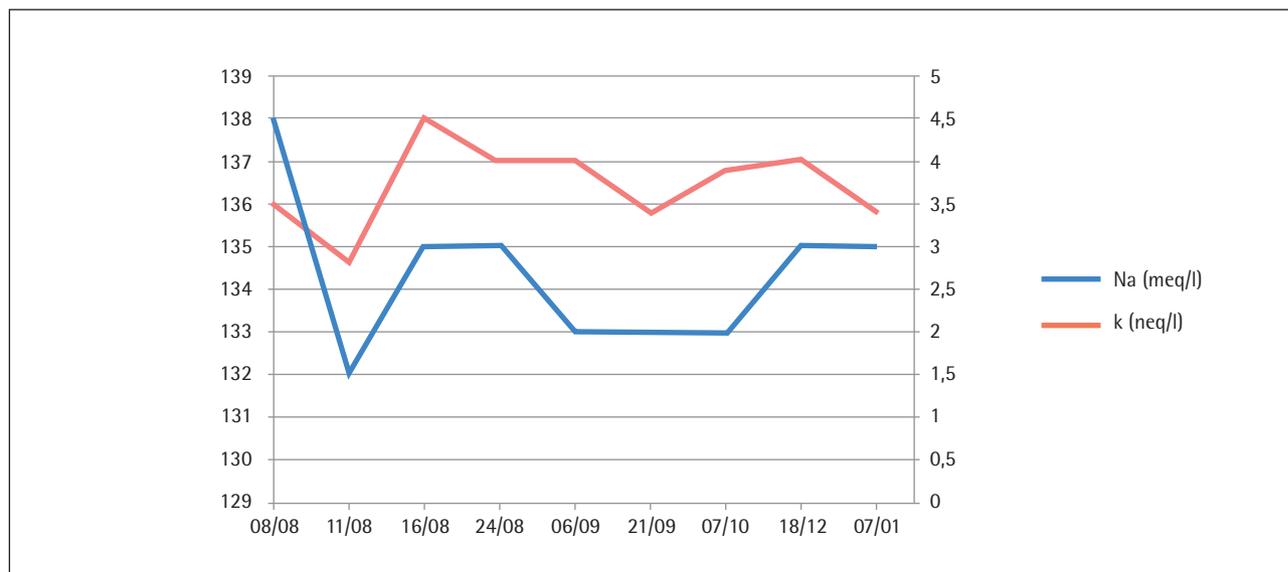


Gráfico 1. Evolución de los niveles de Ca y K obtenidos durante el seguimiento del caso

tación finaliza mediante un parto eutócico con Rn vivo, sexo hembra, con un peso de 2.100 g, test de Apgar 9/10 y pH a/v: 7.30/7.33.

No existe evidencia que relacione la hiperemesis gravídica con una mayor tasa de prematuridad o de amenaza de parto pretérmino^{2,5}.

La púérpera es dada de alta a las 48 h del parto, objetivando buen estado general y acompañada de su hija, tras haber sido trasladada al servicio de neonatología para realizar controles pertinentes por prematuridad sin evidencia alguna de complicaciones.

Discusión

Es imprescindible tener en cuenta que las náuseas y los vómitos son frecuentes en el primer trimestre del embarazo. Generalmente los síntomas son autolimitados, habitualmente no comprometen la vida y no suelen provocar graves complicaciones.

Sin embargo, una minoría de estas gestantes puede evolucionar hacia una hiperemesis gravídica, por lo que no se debe banalizar el cuadro ante la presencia de signos de alerta.

Conclusiones

Parece importante destacar el papel esencial que juega la matrona en cuanto al manejo de esta entidad, tanto en su detección como en el tratamiento en el ámbito hospitalario mediante el control de factores ambientales y psicoterapia, entre otros.

Del mismo modo resulta esencial la valoración de la posible aparición de complicaciones prestando una especial atención al control ponderal y el balance hídrico^{2,4}.

Se conocen algunas estrategias de profilaxis, como la toma de complejos multivitamínicos durante el periodo periconcepcional^{2,8}, por lo que podría recomendarse su uso en aquellas gestantes que presenten factores de riesgo. Además, una correcta alimentación realizando comidas frecuentes y en poca cantidad, evitando alimentos grasos y picantes, se asocia a una menor incidencia de náuseas y vómitos^{1,7}.

Una vez la clínica ya se ha instaurado, existen terapias farmacológicas que han demostrado ser eficaces para aliviarlos. Asimismo, es necesaria la realización de más estudios que investiguen la efectividad de las terapias alternativas y no farmacológicas, según la última revisión Cochrane¹¹.

Debido al estrés que supone para el suelo pélvico los vómitos de repetición, es frecuente que se asocie a la hiperemesis la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo⁸, por lo que debería compensarse la agresión de la musculatura pélvica con ejercicios de Kegel y disminuir al máximo las maniobras de Valsalva u otras conductas que deterioren la musculatura pélvica⁷.

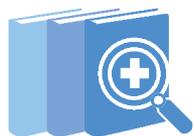
Agradecimientos

A la familia sobre la que versa este caso clínico y al Servicio de Obstetricia del Hospital Clinic de Barcelona.

Bibliografía

1. Reece A, Hobbins J. *Obstetricia Clínica*. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
2. Cabero Roura L, Saldivar Rodríguez D, Cabrillo Rodríguez E. *Obstetricia y Medicina materno-fetal*. Madrid: Medica Panamericana; 2007.
3. Beckmann CRB, Ling FW, Barzansky BM, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP. *Obstetricia y ginecología*. 6ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
4. Fernández S, Palacio M. *Guía Clínica: hiperemesis gravidica*. Barcelona: Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona; 2009.
5. González Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
6. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, Moss-Morris R, Baker PN, Dekker G, et al. A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *Plos One* 2011; 6¹¹: e27678.
7. Gadsby R. Pregnancy nausea and vomiting—the role of the midwife. *Pract Midwife* 2012 Oct; 15(9):17-9.
8. Holmgren C, Aagaard-Tillery KM, Silver RM, Porter TF, Varner M. Hyperemesis in pregnancy: an evaluation of treatment strategies with maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Jan; 198(1):56.e1-4.
9. Colin JF, Mathurin P, Durand F, Bettan L, Erlinger S, Benhamou JP, et al. Hyperthyroidism: a possible factor of cholestasis associated with hyperemesis gravidarum of prolonged evolution. *Gastroenterol Clin Biol* 1994;18(4):378-80.
10. Bellart J, Palacio M, Figueras F, Figueras J. *Guía Clínica: Aplicación de corticoides para maduración pulmonar fetal*. Barcelona: Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona; 2007.
11. Mathews A, Dowswell T, Haas DM, Doyle M O'Mathuna DP. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo. *Cochrane I database of Systematic Reviews*. 2010. Issue 9. Citado en *Cochrane Library* CD007575.

La gran Biblioteca Profesional de Enfermería al alcance de un clic



enferteca
Grupo Paradigma

**Conocimiento enfermero completo,
fiable y siempre actualizado**

- **Seguridad:** resuelve todas tus dudas al instante y en cualquier lugar.
- **Tranquilidad:** toma la decisión más adecuada y fiable en cada momento.
- **Accesibilidad:** te mantiene al día de los cambios que se produzcan en tu profesión en general y en tu especialidad en particular, de forma continuada.
- **Prestigio:** mejorarás aún más la calidad de tus cuidados.
- **Satisfacción:** personal y profesional, tendrás lo mejor, darás lo mejor.

www.enferteca.com



ECHANDO LA VISTA ATRÁS 1995

LOS CONSEJOS DE TU MATRONA



No está clara la autoría de la famosa frase "la información es poder", ni siquiera desde qué tiempos lejanos está en boca de casi todo el mundo; lo que nadie duda es que poseer información y en el momento oportuno han sido elementos que le han otorgado poder a personas y/o grupos sociales cuyo estatus les posibilitaba adquirir este privilegio, porque indudablemente la información es base para fomentar una adecuada educación que incrementa el enriquecimiento social y, consecuentemente, aumenta el bienestar de la sociedad a la que va destinada.

Esta premisa, junto con la asunción de la tarea de la educación sanitaria como competencia de las matronas, motivó a la Asociación Española de Matronas a editar una guía para mujeres embarazadas, *Los Consejos de tu Matrona*, como soporte de la preparación maternal impartida por estas profesionales y guía en todo el periplo desde la gesta-

ción hasta el parto y los primeros momentos de la maternidad.

La iniciativa y el esfuerzo de la Asociación Española de Matronas, y cuantas matronas dirigidas por esta participaron y siguen participando en su elaboración y actualizaciones y la colaboración de *LetsFamily* en su edición, ha posibilitado que a lo largo de estos 20 años (1995-2015) se haya convertido en la guía de referencia entre las mujeres embarazadas españolas por su contenido profesional y su accesibilidad, en la consulta de la matrona y por ser gratuita, a todas y cada una de las mujeres que la deseen.

No solo es que en 1995, año de su lanzamiento, no se dispusieran de los medios de comunicación actual que acercan la información a la sociedad en general, aunque no toda ella sea adecuada, ni tampoco que las asociaciones autonómicas de matronas existentes en aquellos momentos hu-





LOS CONSEJOS DE TU MATRONA

bieran emprendido esta labor, o como el caso de algunas consejerías de salud que han seguido los pasos, no garanticen su distribución en el tiempo de forma constante y se limiten, en el mejor de los casos, a ofertarlas únicamente a las mujeres de su influencia territorial, sino que ni siquiera existían el sinfín de publicaciones de divulgación de pago actuales para mujeres embarazadas en aquella fecha.

De los 200.000 ejemplares iniciales de la primera tirada, ya se han superado los 4.000.000 en cuatro ediciones diferentes hasta llegar a la actual (2014), siempre con la atención en la necesidad de nuevos enfoques y actualizaciones, que ha culminado en esta nueva guía de diseño moderno, claro, de fácil lectura y con respuesta a las inquietudes y necesidades de las madres de hoy.

Todas las aportaciones y sugerencias de los profesionales a la guía serán tenidos en cuenta desde la asociación española editora del contenido científico de la misma que, periódicamente, hace revisiones y actualizaciones. Por otra parte, cuantos profesionales deseen recibir la guía en sus consultas para difundirla, no tienen más que solicitarla a través de la Asociación Española de Matronas que les pondrá en contacto con su distribuidor.



Noticia de hemeroteca de *El País* con la noticia de la aparición de *Los Consejos de tu Matrona* (1996)

La pertinencia de la decisión de elaborar esta guía en respuesta a las necesidades de las mujeres embarazadas, junto con la oferta de una información elaborada y actualizada por profesionales sanitarios especializados y una distribución gratuita en todo el territorio nacional, no solo la han convertido en la pionera y decana de las revistas de información en el embarazo y parto, sino que además se mantiene como líder en este género.



La Presidenta, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, junto a miembros de la AEM y de *LestsFamily*, presentando la nueva edición de *Los Consejos de tu Matrona* (2015)

ENTREVISTA

a las matronas del Hospital Valle del Nalón (Sama de Langreo, Asturias)

El Hospital Valle del Nalón es un hospital público (comarcal) situado en Riaño, en el municipio de Langreo, Asturias (España). Presta servicios sanitarios especializados y pertenece al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Se encuentra en el área sanitaria VIII del Principado de Asturias y presta servicio a la Mancomunidad del Valle del Nalón, compuesta por los municipios de Langreo, San Martín del Rey Aurelio, Laviana, Caso y Sobrescobio (80.000 habitantes aprox.).

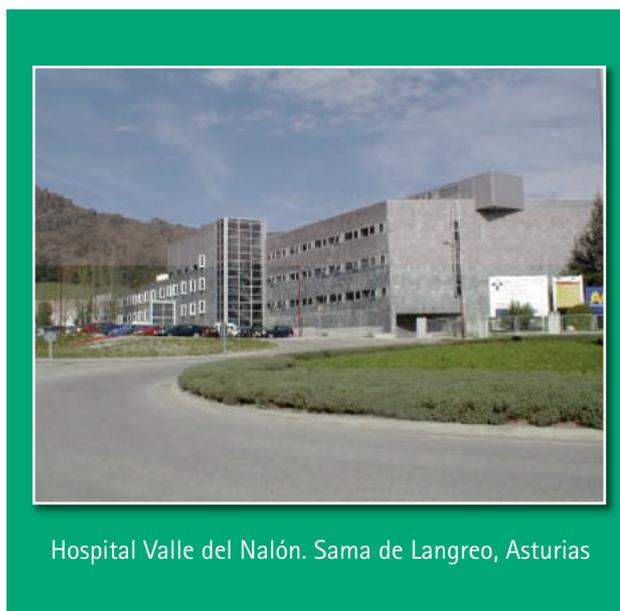
El hospital, inaugurado en 1977, tras varios años de obras y proyectos para su ubicación definitiva, ha sufrido en el 2002 una importante reforma y ampliación; actualmente dispone de 242 camas, 42 consultas, cinco quirófanos, etc.

Es uno de los centros asturianos que, mediante convenio con la Universidad de Oviedo, alberga las prácticas de MIR y otras especialidades sanitarias.

Los servicios de obstetricia y pediatría están en la misma planta, compartiendo 12 camas y 20 cunas. Al ser un hospital comarcal y no contar con UCI pediátrica, limita la atención obstétrica a partos > 34 SG derivando las gestantes que lo precisan al HUCA, Hospital Universitario Central de Asturias que se encuentra en Oviedo a 38,5 km y es el centro de referencia. Los recién nacidos (RN) que precisen atención especializada también serán derivados a esa institución sanitaria.

El Hospital Valle del Nalón fue acreditado por la *Joint Commission* (JCI) el 29 de febrero de 2008 y ha mantenido dicha acreditación con revisiones de la misma en el año 2011 y 2014, en la actualidad se ha concedido hasta noviembre de 2017. Dicha acreditación ofrece un reconocimiento internacional a la atención que dispensa el hospital.

La JCI es líder mundial en acreditación de Atención de la Salud, cuenta con una amplia experiencia de más de 50 años



Hospital Valle del Nalón. Sama de Langreo, Asturias

dedicado a la mejora de la calidad y de la seguridad en las instituciones sanitarias y sociosanitarias, y es evaluadora de los estándares internacionales más estrictos de calidad, garantiza los derechos del paciente y fomenta su seguridad, implica a los profesionales en la reforma continua y la auto-evaluación e introduce un modelo de gestión dinámico y participativo.

En la actualidad, acredita a más de 20.000 organizaciones en el mundo, 486 de ellas hospitales, de los mismos 122 en la Unión Europea (UE). En España, ocho hospitales están acreditados por este organismo, siendo Valle del Nalón el único hospital público de gestión tradicional.

La Asociación Española de Normalización y Certificación AENOR viene galardonando al hospital con el Sello de Com-

promiso de Excelencia Europea por su sistema de gestión desde el año 2005 hasta la actualidad.

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

Respuesta. Las matronas y las auxiliares de enfermería realizamos nuestro trabajo fundamentalmente en el Área de Partos que cuenta con un área de urgencias y monitorización fetal con dos camas, mesa exploratoria y baño, tres dilataciones (una de ellas dilatación- paritorio) y un paritorio. El equipo obstétrico consta de: seis matronas y cinco auxiliares de enfermería en turnos de una matrona y una auxiliar.

Atendemos urgencias obstétricas, monitorización (de consultas, urgencias, control de gestantes ingresadas por patologías o pródomos, maduraciones de cuello uterino preinducción...). Realizamos autónomamente partos de bajo riesgo y junto al obstetra, los de medio y alto riesgo. Se supervisa el contacto "piel con piel". Valoramos el control postparto y asesoramos en el inicio de la lactancia. También colaboramos en las versiones externas con los obstetras y en la reanimación del recién nacido (RN) junto a los pediatras.

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

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

R. El Hospital Valle del Nalón fue el cuarto hospital de la red pública asturiana en incorporarse al proyecto de Historia Clínica Electrónica. Este proyecto de digitalización supone que toda la documentación clínica, la gestión de los pacientes, la gestión de agendas, la facturación, los análisis clínicos, se archiva en soporte digital, en lugar de en papel.

El soporte informático utilizado es SELENE y en sus distintas pestañas se registra la monitorización, partograma, sueroterapia y medicación, se solicitan los controles de laboratorio, valoración inicial del RN, etc.

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

Se realiza también un registro informatizado con los datos precisos para hacer una estadística anual que resuma el trabajo del año.

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

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

En la planta de obstetricia-pediatría, si se ha iniciado la lactancia en el paritorio, se respeta la misma sin separar al RN de la madre postergando los cuidados estandarizados, peso, talla, etc.

En la actualidad se está participando, como centro comprometido en la excelencia de cuidados, en un programa inicial para la implantación de la Guía de Lactancia Materna en colaboración con la planta de pediatría, estas guías de buenas prácticas en cuidados basados en la evidencia científica están tuteladas por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs.

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

R. En el Hospital Valle del Nalón el Documento de Estrategia de Atención al Parto de 2007 nos ha servido para modificar, desde la evidencia científica, muchos procedimientos que veníamos realizando de forma rutinaria como rasurado o enema, de los que hoy ni se habla, uso de oxitocina, episiotomía



Begoña Ibáñez y Mª José de la Riva, matronas del Hospital Valle de Nalón, en el Área de Vigilancia Fetal

o amniorrexis artificial que hoy día se individualizan; se han protocolizado otros como el acompañamiento, tomar bebidas en dilatación o la instauración del contacto piel con piel y nos falta por mejorar muchos, como realizar un mayor número de alumbramientos dirigidos, promover el plan de parto, disminuir las episiotomías en parto eutócico que en el 2014 fueron del 30%, alejadas aún del 15% recomendado, pero menos de la mitad de las que se realizaban en el 2010 que fueron del 62%.

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

Para la evaluación y seguimiento de la EAPN, el SESPA ha realizado cuatro jornadas en los años 2009, 2011, 2013 y 2014. Cada una de ellas diferente, pero que han servido para poner en común inquietudes, dificultades, diferencias entre los distintos hospitales para implantar la atención al parto normal y también los logros conseguidos.

En la educación de la ciudadanía se pretende incidir con una guía de promoción del embarazo saludable con el título de *Prepararse para el embarazo*. Este documento fue elaborado en colaboración con la Asociación de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP) y los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y promovido por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

También se elaboró una guía de atención al embarazo, parto normal y lactancia materna con el fin de informar sobre los cuidados durante el embarazo y el parto en las maternidades hospitalarias. Incluye cartilla de salud materna, plan de parto con valor de consentimiento informado y guía de lactancia materna.

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

R. Nuestra Área de Salud es una cuenca minera e industrial con un declive económico importante y consecuentemente con altas tasas de paro, sobre todo juvenil y femenino; la inmigración en estas circunstancias es muy pequeña. Las nacionalidades más comunes que podemos encontrar en nuestra asistencia son polacas, rumanas, ecuatorianas, pero la gran mayoría son mujeres españolas.

El número de partos en el Hospital Valle del Nalón en 2010, año en que se efectuó el cierre de la minería, fue de 450 partos; en el año 2014, siguiendo la tendencia descendente fue de 372.



Begoña Ibáñez autora de este reportaje, junto a Ana Arguelles, auxiliar de enfermería, en la sala dilatación-paritorio

El perfil de las mujeres que atendemos es mayoritariamente españolas: el 60% de las atendidas en el año 2014 fue primigestas de las cuales un 48% era primíparas, el 61% tenía entre 30 y 49 años, 32% menos de 29 años y un 4,5% de 40 años en adelante.

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

R. Nuestra relación con la Dirección de Enfermería es buena y fluida. Al no tener supervisora dependemos directamente de la dirección tanto para intendencia, pedidos de material, como asuntos de personal, solicitud de días libres, vacaciones, etc.

Al año procuramos realizar alguna reunión, que puede ser solicitada por la Dirección o por las matronas que queda registrada en las actas de partos, y en las que se comentan las inquietudes que se han presentado desde la reunión anterior, se exponen las necesidades de la plantilla y se nos solicita por parte de la dirección las directrices a seguir. Fuera de estas reuniones, si de forma individual se precisa contactar con la dirección, normalmente nos reciben en el día sin necesidad de pedir cita.

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

R. Antes del incremento de la jornada cubríamos el servicio rotando seis matronas, pero en la actualidad con cinco matronas es suficiente y la sexta cubre alguna incidencia o baja si se presenta. Entre nosotras realizamos bastantes cambios de turno para que la conciliación de la vida laboral y familiar sea

posible y la relación que mantiene la plantilla es buena, esto posibilita tener cubierto el servicio ante un imprevisto.

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

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

R. La plantilla actual está compuesta por seis matronas estatutarias, tres fijas y tres vacantes.

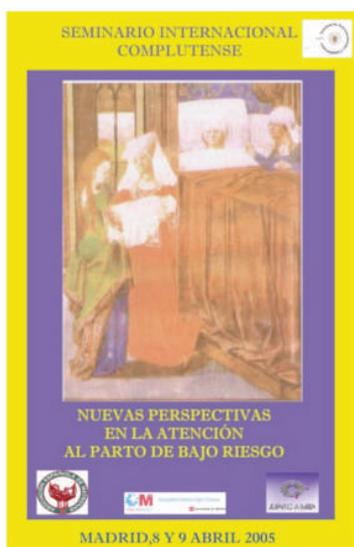
La última oposición, al menos para matronas, fue la de 2001 siendo en diciembre de 2006 la fecha de adjudicación de las plazas. En ese momento la plantilla del hospital era de seis matronas fijas, desde entonces se han producido tres jubilaciones ahora cubiertas con vacantes.

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

R. En la actualidad la plantilla de matronas es la imprescindible para la cobertura del Área de Partos.

En las últimas jornadas sobre la Evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, y aprovechando la presencia del Consejero de Sanidad, se le comentó la necesidad de retribución de competencias de las matronas y nos aseguró estar al corriente de nuestras inquietudes. Esperemos que el futuro nos traiga una respuesta positiva en este sentido.

III SEMINARIO INTERNACIONAL DE MATRONAS: DIEZ AÑOS DESPUÉS DE LA CARTA DE MADRID



En una época de muchos y grandes cambios como en la que vivimos y de demandas exigentes en casi todos los ámbitos, incluido el de la asistencia sanitaria, la rigidez de un sistema es considerado como un elemento de retraso, más que de progreso. Esto induce a poner el énfasis de forma muy puntual en aspectos o características tales como la flexibilidad o la capacidad de adaptación para dar respuesta a las necesidades crecientes de la población, a quienes ofrecemos nuestra atención especializada, en nuestro caso.

Sin embargo, no debemos pasar por alto que las transformaciones que siempre se debieran orientar a conseguir más y/o mejor, aun guiadas por las mejores intenciones, no siempre consiguen su objetivo o solo en parte. Esto pudiera ser por un planteamiento erróneo y/o por tomar una dirección equivocada en la ejecución del cambio, aunque si el error se sabe transformar en error creativo, se puede lograr también un avance como se ha visto suceder a lo largo de la historia de la humanidad.

Constatar que se ha elegido la ruta del cambio acertada o por el contrario la equivocada, requiere refle-

cción, espíritu autocrítico y responsabilidad, para evitar que seamos como aquellos que tropiezan en la misma piedra dos veces.

En nuestro ámbito de atención, la de la asistencia al parto y nacimiento, concretamente, se han experimentado tan importantes cambios a lo largo de la historia, y más destacables en la última década del siglo XX, que se han logrado cifras de mortalidad materno-perinatal difícilmente rebajables muchísimo más. Superado en gran parte el fantasma de la mortalidad, se está en disposición de conseguir más y como profesionales sanitarios, comprometidos éticamente con esta empresa.

Las cifras dicen mucho de lo bien que se ha asistido en España comparándolas con las de los países de mayor potencialidad en el mundo, EE.UU., Japón o Canadá, con las de otros países tradicionalmente referentes en la asistencia al parto como Holanda, Suecia, Dinamarca o Reino Unido, y con el resto de los primeros quince países de la Unión Europea como se constata en la tabla adjunta. No es justo ni razonable que se hable con desafección del trabajo de atención al

MORTALIDAD PERINATAL (muertes/1.000 nacidos vivos)							MORTALIDAD MATERNA (muertes/100.000 nacidos vivos)					
1970	1980	1990	2000	2010	2012		2012	2010	2000	1990	1980	1970
26,7	14,1	6,9	6,7	5,9	5,9	AUSTRIA	-	3,4	6	6,6	7,7	25,8
23,3	14,1	8,9	6,5	6,7	6,7	BÉLGICA	-	5,4		3,4		-
17,9	8,9	8,3	7	-	-	DINAMARCA	1,8	3,2	16,7	-	-	-
17	8,4	7,1	5,8	3,2	3,2	FINLANDIA	3,4	4,9	5,3	6,1	1,6	12,4
23,3	12,9	8,3	6,9	12,1	12,1	FRANCIA	-	8,9	6,5	10,4	12,9	28,2
25,3	12,1	6,3	6,1	5,4	5,4	ALEMANIA	4,6	5,2	5,6	9,1	20,6	51,8
27,4	20,3	11,9	7,2	5	5	GRECIA	1	5,2	0	1	17,6	28,3
24,3	14,8	10,2	9	5,7	5,7	IRLANDA	1,4	1,3	1,8	3,8	6,8	31,1
31,2	17,8	10,5	5,6	4,2	4,2	ITALIA	-	2,9	3	8,6	12,8	54,5
24,7	9,8	6,9	7,3	4,8	4,8	LUXEMBURGO	26,6	17	17,5	20,3	-	45,3
18,6	11,1	9,6	-	5,6	5,6	HOLANDA	3,4	2,2	8,7	7,6	8,8	13,4
36,5	23,9	14,3	6,2	3,5	3,5	PORTUGAL	4,5	7,9	2,5	10,3	19,6	-
31,6	12,6	6,2	4,7	3,8	3,8	ESPAÑA	2,2	4,1	3,5	5,5	11	33,1
16,4	8,8	6,5	5,6	4,8	4,8	SUECIA	3,5	2,6	4,4	3,2	8,2	10
23,8	13,4	8,1	8,1	7,3	7,3	REINO UNIDO	6,5	5	6,8	8	11	24
23	13,2	9	7	-	-	EE.UU.	-	-	9,8	8,2	9,2	21,5
21,8	10,9	7,7	6,1	6	6	CANADÁ	-	6,4	3,4	2,5	7,6	20
21,3	11,6	5,7	3,8	2,9	2,9	JAPÓN	4,8	4,6	7,1	8,6	20,5	52,1

Fuente: OECD. Stat Consultada el 27 junio 2015

parto y nacimiento realizado en España y se mire con "envidia" a otros países porque los números lo indican; no caigamos en el sempiterno complejo de inferioridad que nos ha hecho a los españoles idealizar lo que sucedía en el extranjero en contra de nosotros mismos. Hemos de hacer un análisis razonablemente positivo de nuestra situación y recordar que nuestra sanidad, con todos sus problemas y deficiencias, es una de las mejores del mundo, pero como todo, susceptible de mejorar y desde luego en nuestro ámbito creemos que todavía hay muchas posibilidades de alcanzar niveles de excelencia.

Por eso desde los años 80, la creciente medicalización del parto y nacimiento ha sido tema de preocupación para

muchos profesionales sanitarios ya que iba dibujando un panorama de asistencia en el que se estaban perpetuando prácticas habituales que se creían de dudosa eficacia e incluso iatrogénicas y el entorno del parto y nacimiento, por mor de su traslado al medio hospitalario con sus consiguientes estandarizaciones, impedía ofrecer un ambiente más armónico, cálido y participativo de la mujer y familia en su propio proceso.

Para la Asociación Española de Matronas esta tendencia ha sido una inquietud constante, y desde su competencia como asociación científica ha defendido ante los organismos competentes, la opinión profesional y pública en general que, sin menoscabo de la seguridad en el parto y nacimiento, se podría mejorar la atención

Agenda – III Seminario Internacional de Matronas: diez años después de la Carta de Madrid

III SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS

Madrid, 22, 23 y 24 de Octubre 2015.

Día 22 Octubre 2015, 16:00h.

PRIMERA MESA:

Revisión de las recomendaciones de cambio en la modelo asistencial en los servicios obstétricos del Sistema Nacional de Salud.

Recomendaciones sobre control de embarazo.

Recomendaciones sobre atención al periodo de dilatación.

Recomendaciones sobre la atención al periodo expulsivo.

Recomendaciones sobre inicio precoz de la lactancia materna.

Día 23/10/15. 09:00h.

SEGUNDA MESA:

Actualidad sobre planes de parto.

DEBATE

Nuevas indicaciones sobre inducción del parto.

Actualidad en recomendaciones sobre episiotomía restrictiva.

DEBATE

Actualidad sobre implantación piel con piel.

DEBATE

COMUNICACIONES

10 años después de "la carta de Madrid".

Día 23 Octubre 2015.

COMUNICACIONES.

TERCERA MESA:

Importancia del nuevo perfil actitudinal de las mujeres para el desarrollo del proceso de embarazo y parto.

DEBATE

Todas las recomendaciones de la OMS, ¿son extrapolables y vigentes para España?

DEBATE

Las causas de estrés en el trabajo de las matronas en un hospital.

Día 24 Octubre 2015. 09:00h.

CUARTA MESA:

Repercusiones de la alteración de sueño en la salud de las matronas.

Tratamientos no farmacológicos para el dolor en el parto.

Osteopatía aplicada en embarazo y parto.

Presentación del sindicato de matronas: SIMAES.

Presentación de la nueva Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas
www.aesmatronas.com

INFORMACIÓN: www.aesmatronas.com

WEB SEMINARIO:

<http://www.aesmatronas.com/3SEMINT/Programa.html>

SECRETARÍA TÉCNICA: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

TÉLEFAX: 91 5222520 AVDA. MENÉNDEZ PELAYO, 91, 4º 28007 MADRID,
HORARIO: 9:00 a 13:00 FAX: matronas@asociacion.nacional.com

SECRETARÍA CIENTÍFICA: seminario@matronas2015@gmail.com

“La unión hace la fuerza”: Parque Infantil Dionisia Repila

En dos números anteriores de *Matronas Hoy* se incluyó un artículo sobre Dionisia Repila, matrona de Ciudad Rodrigo, porque pensamos al igual que la autora, matrona y bisnieta de la citada, que publicar este trabajo en esta revista significaba tanto ayudar a preservar del olvido la importante labor de esta profesional, como hacer una contribución en forma de aporte de datos, actitudes y acciones de una participante en la evolución y contribución de continuidad en la asistencia obstétrica de las matronas españolas con su trabajo de más de cuatro décadas. Pensamos que sería esta una forma de ayudar a las nuevas generaciones de profesionales a comprender la evolución de la profesión, pasado y presente configurados en su contexto social, político, cultural y sanitario y, por otra parte, destacar una persona relevante en nuestro ámbito, para orgullo de toda la profesión.

Desde las mismas páginas se hacía un llamamiento a todas las matronas para apoyar la Campaña de Firmas solicitando al Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo, ciudad natal y en la que por más de 40 años atendió Dña. Dionisa a sus mujeres y familias, un espacio público digno de llevar su nombre, como reconocimiento institucional a la labor de toda una vida.

Ya es proverbial la vieja frase de “la unión hace la fuerza”, a nadie se le escapa que contando con la colaboración y solidaridad de muchas personas, independientemente de su fortaleza, su estatus, etc., se puede lograr un propósito común. Es lo que ha sucedido también en este caso. La Asociación Española de Matronas se sumó a esta iniciativa con gran entusiasmo y junto con familiares, vecinos y matronas que han respondido a la llamada, se ha conseguido el objetivo. El 13 de marzo de 2015 en presencia de parte de su fa-



Monolito en honor de Dña. Dionisia que da nombre al Parque Infantil de Ciudad Rodrigo

Agenda – “La unión hace la fuerza”: Parque Infantil Dionisia Repila

milia, vecinos, amigos y autoridades locales, encabezadas por su alcalde, se procedió a descubrir una placa en su honor en un lugar emblemático: “donde juegan y se divierten los niños mirobrigenses, descendientes muchos de ellos de aquellos que ayudara a traer al mundo esta ejemplar mujer”.

El alcalde, en su intervención, la definió como una mujer adelantada a su tiempo, con una inestimable vocación de servicio más que demostrada en su atención con familias de escasos recursos cuyo trabajo calificó como formidable y cuyo legado, como el de otros españoles esforzados de su época, ha contribuido a hacer de “*Ciudad Rodrigo una ciudad más*

adaptada a las personas, porque Dionisia quería a las personas”. El regidor municipal concluyó expresando que el homenaje evocaba “*el espíritu emprendedor por facilitar la vida a los niños*”, resaltando que era “*una gran mujer, gran persona y gran farinata*”*.

Desde estas páginas vaya nuestra felicitación para esta familia cuyo empeño por honrar a su antepasada se ha visto recompensado con esta concesión, nuestro sincero y profundo agradecimiento a cuantos han colaborado en que esta iniciativa y al Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo por su comprensión, sensibilidad e interés en que esta petición pública se haya hecho realidad.

* Farinato/a: gentilicio de tipo popular para denominar a los habitantes de Ciudad Rodrigo, cuyo gentilicio formal es mirobrigense.



Dos de sus bisnietas posan junto a la placa dedicada; a la izqda. Elena Rodríguez Herrero, matrona, autora del artículo y Marta Escudero Hernández, bibliotecaria del Centro Universitario de Plasencia (Univ. de Extremadura) y promotora del homenaje.

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Académica de Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Vizcaya

La Academia de Ciencias de la Enfermería de Bizkaia/Bizkaiko Erizaintza Zientzien Akademia (ACEB), entidad científica dedicada al cultivo, fomento y difusión de las ciencias de la enfermería en sus distintas especialidades, ha nombrado Académica de Honor a Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la AEM "por su valía, trayectoria profesional y social" como expresó el secretario de dicha institución, D. Fernando Ramos, en la lectura del Acta de Nombramiento.

La ACEB el pasado 24 de marzo, en el Salón de Actos de la Excelentísima Diputación Foral de Bizkaia, celebró el acto de inauguración del curso académico 2015 en el que se dio la bienvenida a los nuevos académicos de número y se nombraron tres nuevos académicos de honor, distinciones estas últimas que recayeron en la Cruz Roja de Vizcaya, Dña. M^a Concepción Tarruela y Tomás y M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM)

El acto inaugural presidido por Dña. M^a Teresa Feito Fdez-Capalleja, presidenta de la institución, contó con la presencia de D. Carmelo Garitaonandia, Vicerrector del Campus de Vizcaya de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y Dña. Marisa Arteagoitia, Directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria del Gobierno Vasco.

La madrina de la nueva académica, M^a Teresa del Hierro Gurruchaga, matrona, doctora, profesora de la EUE de Leioa, hizo a grandes trazos una semblanza de la homenajead a cuya vida, ha estado dedicada al trabajo con una tenacidad insuperable, una resolución tan firme y un acierto tan claro, que sin duda permiten calificarla como una mujer excepcional: excepcionalmente dotada intelectualmente y excepcional como ser humano por su valentía y generosidad que ha brindado a la atención materno-infantil y a la profesión, en un camino ininterrumpido de más de 40 años de trabajo, sin otro pago que el de conseguir el mayor beneficio para mujeres-familias y matronas.

Emotiva su mención al devenir que llevó a M^a Ángeles a ser matrona, algo difícil en su momento y en su tie-

rra, pero resuelto por la providencial intervención del Dr. D. José M^a Sánchez Ibáñez, Director del Hospital Provincial de Albacete y Jefe de su servicio de Obstetricia y Ginecología. Este profesional, al que M^a Ángeles siempre ha reconocido como su maestro y mentor, especialmente comprometido con su labor asistencial y convencido de la necesidad de matronas bien formadas para mejorar la asistencia materno-infantil, consiguió, con el apoyo del conocido doctor Bonilla, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Valencia, mediante vinculación y dependencia de esa facultad, el establecimiento de una Escuela de Matronas en el Hospital Provincial de Albacete.

M^a Ángeles fue una de las cuatro alumnas de la 1^a promoción (1970-71), que de la mano del Dr. Sánchez Ibáñez se formó como matrona en su propia tierra rindiendo exámenes en la Escuela de Matronas del Hospital Clínico de Valencia. Fue una época intensa, ilusionante, pasando por una formación en la que el Dr. Sánchez se involucró al máximo intentando solventar todas las dificultades en un comienzo escaso de medios y sobrado de ilusión y compromiso, para forjar matronas de talla. El esfuerzo de este pequeño por su tamaño, pero gran hombre por su entrega y esperanza, lo vio compensado con la respuesta de esta promoción, que asumió que su disponibilidad absoluta e incondicio-



Dña. M^a Teresa del Hierro Gurruchaga, presentando a la nueva Académica de Honor, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Agenda – M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Académica de Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Vizcaya

nal era el éxito de su formación entre matronas abnegadas y peritas en su profesión.

Siguiendo los pasos en su trayectoria profesional, recordó el salto siguiente de esta neófito matrona, pero decidida y con ganas de trabajar, que fue Madrid. La amplia oferta de empleo de la capital de España en la década de los 70 en los grandes centros hospitalarios recién inaugurados, la impulsó a abandonar su tierra natal de la que nunca se ha desligado, e instalarse en Madrid donde consiguió una plaza por oposición en la recién inaugurada maternidad de La Paz, compatibilizándolo durante 18 años con otra en el Hospital Militar, hasta la aplicación de las incompatibilidades por la que obligadamente tuvo que renunciar a una de estas plazas públicas cambiándola por la asistencia privada en su lugar. Toda su vida laboral ha discurrido en el marco de la actividad asistencial en dos centros de trabajo distintos, compaginándolos con las laborales institucionales y formativas, lo que sin duda, y unido a la cantidad y calidad de trabajo demostrado, la mantienen en primera línea de la realidad asistencial.

Interesada por los asuntos profesionales, también fue vocal del Colegio de Enfermería de Madrid, pero sería la O. M de 1977 que unificaba las secciones colegiales en un único colegio profesional, la que la empujó a situarse en primera línea del colectivo de matronas para evitar esta unificación que se juzgó perjudicial para el desarrollo de la profesión y a la vez ilegal, circunstancia esta ratificada por el Tribunal Supremo tras años de litigio.

Este fue el arranque de la Asociación Española de Matronas (AEM), sociedad científica en cuya formación intervino y que preside desde 1982 y desde la que ha impulsado el asociacionismo entre las matronas españolas como vehículo participativo de todos los profesionales para la mejora, defensa y reafirmación de nuestra identidad profesional, enfatizando en el sentido trascendente de nuestra tarea profesional y solidaria a la vez, y mostrando al unísono, a la sociedad y a las autoridades sanitarias, la eficacia de esta profesión eficiente

Como presidenta de la AEM, ente representativo de las matronas en el ámbito nacional y único hasta 2003, destacó su participación directa en todos los programas de salud materno-infantil proyectados desde el Ministerio de Sanidad y prestado apoyo a otras iniciativas con este fin, lo mismo que en el de educación en todos los temas referentes a la formación de matronas.

Otra de sus participaciones decisivas fue la de la integración de las matronas en el sistema de Atención Primaria de Salud en la década de los 80 y su implicación en la reapertura de las unidades docentes de matronas, siendo la primera Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad desde la que se elaboró con su participación expresa, el programa formativo vigente y tomando parte activa en dicha formación como profesora invitada en distintas unidades docentes del país.

Mujer cultivada y culta, además de matrona, máster en Marketing y Dirección de Hospitales, disciplinas por las cuales pudo acceder a puestos de gestión que declinó por su auténtica vocación, la de ser matrona de primera línea, pero de las que se sirvió para profundizar en el conocimiento de las necesidades sociales y de la profesión y buscar soluciones para ellas.

Ha escrito cuatro libros, numerosos capítulos en otros, artículos científicos y ha impartido numerosas conferencias y clases magistrales.

Sus dotes organizativas han quedado demostradas en la realización de 17 congresos nacionales, y otras tantas jornadas y seminarios nacionales e internacionales y cursos de formación continuada para matronas.

Consiguió el reingreso de las matronas españolas en la Confederación Internacional de Matronas (ICM) tras su expulsión por la pérdida del colegio propio y también es miembro de la Asociación Europea de Matronas (EMA), representaciones ambas que materializan el vínculo internacional de las matronas españolas con las del resto del mundo y la defensa de la profesión en el marco del conjunto internacional.



M^a Ángeles Rodríguez Rozalén investida Académica de Honor

De su decisivo impulso en la década de los 80, nació la primera revista para matronas, *Matronas Hoy*, tras años de carencia en este terreno e igualmente impulsó las dos publicaciones actuales, elaboró la primera edición divulgativa para mujeres de implantación nacional, así como la realización de las primeras campañas de marketing de la profesión.

Esta fue la semblanza, a grandes rasgos, de una profesional de firmes convicciones, de voluntad férrea, de generosidad inestimable que con persistente laboriosidad y tenacidad envidiable, se ha abierto y ha abierto camino para las matronas y para las mujeres guiada por una ilusión a ultranza, que ha sabido transformar en una realidad palpable: que las matronas se convirtieran en las más idóneas agentes de salud para las mujeres, poniendo en valor a la vez la importancia de las mujeres en una sociedad que aún en el siglo XXI no ha conseguido la igualdad de géneros.

A continuación, M^a Ángeles Rodríguez, ya nueva académica de honor, dirigió unas palabras al público, entre los que se encontraban una representación de personalidades del mundo de la sanidad y universidad vascas, representantes de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y un nutrido grupo de matronas de diferentes puntos geográficos que quisieron acompañarla en este homenaje, como expresión de reconocimiento hacia su persona y su labor.

Con la sencillez que le caracteriza y su arraigado sentido del respeto y gratitud hacia las personas, dio las gracias a la Academia por el nombramiento otorgado

y con profunda emoción, a todos cuantos han posibilitado, porque han entendido y apoyado su dedicación en esta tarea, familia, amigos y matronas que siempre han estado a su lado compartiendo y colaborando en sus proyectos y a las mujeres y familias a las que en gran parte han sido destinados sus esfuerzos. *"Todo lo que en estos años he podido aportar a la profesión lo he hecho con alegría desde el sentimiento de compromiso con mi profesión: ser matrona, en lo que ya he encontrado la alegría del premio"* fueron las palabras que, parafraseando a Khali Gibrán, pronunció para expresar su agradecimiento a la profesión.

En su exposición no faltó un somero y conciso discurso por la historia de las matronas hasta llegar al momento presente, como profesión reconocida en el ámbito sanitario y social.

Afirmó la necesidad de que la profesión de matrona requiere de un doble planteamiento y contrato. Por un lado las matronas como grupo profesional, estableciendo sus virtudes y valores a fin de ser capaces de materializarlo y luchar por la autonomía como valor esencial, desde la responsabilidad y el conocimiento de los deberes y derechos del grupo. De otro lado, estableciendo un contrato con la sociedad destinado a generar una relación de confianza entre mujeres y profesionales en el marco de un modelo de atención sanitaria centrada en la familia a nivel de excelencia, que es el objetivo que ha guiado su carrera de más de cuatro décadas.



Nuevos Académicos de Honor y de Número 2015, con la junta de la ACEB



Autoridades municipales, miembros de la ACEB y matronas, en torno a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén en la recepción ofrecida por el Ayuntamiento de Bilbao

Agenda – M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Académica de Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Vizcaya

La lección inaugural corrió a cargo del doctor en Derecho, escritor e historiador D. Adolfo Alonso Carvajal, con la exposición titulada "Hanna y el cine", un recorrido por la cinematografía con protagonismo de la enfermería, destacando de todas ellas el valor de los cuidados y la entrega de la profesión, valores imprescindibles para el buen ejercicio de la misma y reconocidos en los nombrados académicos.

Dentro de los actos programados por la Academia de Ciencias de la Enfermería con motivo de esta celebración, los galardonados y sus invitados acompañados por Dña. Maite Feito, presidenta de la ACEB y miembros de esta institución, disfrutaron de una visita guiada por el Ayuntamiento de la Ciudad de Bilbao y en el que fueron recibidos por el Concejal de Salud y Con-

sumo, D. Mariano Gómez, y el de Seguridad, D. Tomás del Hierro, que dieron la bienvenida a los visitantes y elogiaron la importancia de la labor de las matronas en general y en particular de M^a Ángeles Rodríguez Rozalén "*emblema de la profesión en este país*", por una vida de entrega y dedicación a la mejora de la salud materno-infantil y de la propia profesión.

Desde esta redacción, con el sentimiento de orgullo de contar entre nuestras filas con una persona de su talla moral y una profesional de su categoría, además discreta y humilde, que nunca ha perseguido honores salvo el de dignificar con su trabajo la profesión y ofrecer el mejor servicio a la sociedad, felicitamos a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén por este reconocimiento, sin duda, sobradamente merecido.



contigo!

conecta con la Enfermería

www.facebook.com/ComunidadMetas

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



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



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



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



Síguenos en
 **facebook**

Ya somos
más de **3.400**
seguidores



Únete a nosotros

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

 **grupoparadigma**