matronas hoy

Cuarta Etapa. volumen 9 Nº 1 año 2021

Revista de la Asociación Española de Matronas

ISSN: 2340-0161

Sumario

- Editorial

Originales

- Conductas ejecutadas por matronas y matrones en unidades de neonatología en dos hospitales de Chile
- Estudio descriptivo longitudinal sobre la actividad del residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) en el Hospital Universitario de Ceuta

Revisiones

- Epilepsia en el embarazo
- Suplementación de vitamina D en mujeres embarazadas y riesgo de preeclampsia
- Prevención de hemorragias en el postparto, manejo activo del alumbramiento

Echando la vista atrás

La Asociación Nacional de Matronas consigue doblegar a los seguros médicos logrando un incremento sin precedentes en la tarifa, por acto, de las matronas (1988)

Entrevista a...

Entrevista a Mª Teresa del Hierro Gurruchaga, matrona pionera en la universidad

Agenda

- Éxito de la intervención de la AEM en la constitución de una bolsa única de matronas de la CAM
- La AEM responde a la consulta pública sobre la propuesta de modificación de la Ley del aborto
- XX Congreso Nacional de Matronas

http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/

DAEeditorial
Grupo Paradigma

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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: Cuidatge

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

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161

matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Mª Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

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

Comité científico

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

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

Sumario • *Summary*

Vol. 9 - nº 1 abril-agosto 2021

Editorial

4

Originales

Conductas ejecutadas por matronas y matrones en unidades de neonatología en dos hospitales de Chile 6
Sofía Baeza Espinoza, Tatiana Boza, Pablo Gálvez Ortega

Estudio descriptivo longitudinal sobre la actividad del residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) en el Hospital Universitario de Ceuta 16
María Isabel de Dios Pérez, Belén Rojas Carmona, Francisco Javier Fernández-Carrasco, Juana María Vázquez-Lara, Juan Gómez-Salgado, Luciano Rodríguez-Díaz

Revisiones

Epilepsia en el embarazo 24
Alejandra Inés Franco-Villalba

Suplementación de vitamina D en mujeres embarazadas y riesgo de preeclampsia 29
Sara Jiménez Siles, Juan Oropesa Ropero

Prevención de hemorragias en el postparto, manejo activo del alumbramiento 37
Iraia Serrano Alonso

Echando la vista atrás

La Asociación Nacional de Matronas consigue doblegar a los seguros médicos logrando un incremento sin precedentes en la tarifa, por acto, de las matronas (1988) 45

Entrevista

Entrevista a Mª Teresa del Hierro Gurruchaga, matrona pionera en la universidad 48
Maribel Castelló López

Agenda

Éxito de la intervención de la AEM en la constitución de una bolsa única de matronas de la CAM 53

La AEM responde a la consulta pública sobre la propuesta de modificación de la Ley del aborto 54

XX Congreso Nacional de Matronas 58

Editorial

Ratios matronas: cuestión de razón y justicia

Han pasado más de dos años desde que se admitiera a trámite el escrito por el que se ejercita la tramitación inicial de la iniciativa legislativa popular (ILP) en relación con el ajuste de ratios enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos.

Y no ha sido culpa de la COVID-19 que una necesidad tan real, dado que la ratio de enfermeros (y matronas) en España de sobra sabemos está muy por debajo de la media europea, no haya sido tramitada... Supongo que como en tantos casos, los políticos no le han dado la importancia que merece anteponiendo otras acciones con más rendimiento político (para ellos), puntualizo.

En diciembre de este recién pasado año, finalmente el Congreso de los Diputados aprobó por mayoría, aunque no por unanimidad, la toma en consideración de la Iniciativa Legislativa Popular (ILP) del sindicato de Enfermería SATSE para garantizar la "seguridad del paciente en los centros sanitarios" a través de un modelo de gestión unificado por el cual las plantillas enfermeras sean las mismas en todas las comunidades autónomas, en todos los ámbitos de la atención al ciudadano: sanidad privada, pública y servicios sociales.

¡Y parece increíble que no hubiera unanimidad absoluta al respecto tras la mayor prueba de fuego a la que nos hemos visto sometidos la sociedad española en materia sanitaria, y en la que sin la enfermería en general, aún peor nos hubiera ido! Pero así ha sido, quienes votaron en contra se justificaron con los presupuestos y, por supuesto siempre, esos políticos con sentimientos de reyezuelos de sus confines territoriales, protegiendo la soberanía de sus pequeños reinos de taifas que constituyen esta heterogénea España actual. Una vez más, a unos cuantos políticos les importan más sus competencias y soberanía territorial que el bienestar de los ciudadanos que les han votado, por cierto, para mejorar su vida, la de los ciudadanos, entiéndase.

Algún diario del sector a renglón seguido titulaba de forma triunfalista "España a un paso más cerca de convertirse en el primer país de Europa en tener un ratio que regule el número de pacientes por enfermera", lo que me produjo paradójicamente una profunda tristeza. Sí, más de dos años después a un paso más, es cierto, porque solo el 10% de las ILP llegan a la Cámara, pero en la mayoría de Europa ni siquiera han necesitado tal procedimiento para ajustar el trabajo de los enfermeros a límites razonables con los que garanticen la seguridad de los pacientes y los derechos de los trabajadores, que también los tenemos.

Señores políticos, no se olviden de los derechos de los trabajadores, ustedes que llevan meses y meses "sin dar un palo al agua" a juzgar, no ya por las resoluciones tomadas para el bien de España y los españoles, sino, y además, porque ni siquiera se dirigen a su "centro" de trabajo, dejando en evidencia clara su absentismo en las imágenes del Congreso, aunque ahora se justificaran diciendo que se han reconvertido en teletrabajadores mientras los enfermeros, siempre en los nuestros, nos jugamos la vida, incluso por las suyas, y en gran parte por culpa suya.

Es inquietante pensar que individuos/as, muchos/as de escasa o nula formación, y/o que poco o nada han sido exprimidos en mundo laboral exigente y bajo condiciones duras de trabajo, como en el caso de la enfermería por la propia naturaleza del desempeño y condiciones laborales inadecuadas, sean de quien dependa la mejora racional de las condiciones laborales de la profesión para garantizar mejor y más segura atención a los pacientes sin sobreexplotar a los profesionales. La ley seguirá el curso normal de cualquier propuesta legislativa, y ya veremos en qué y cuándo se concreta, si es que se llega a alguna parte, y realmente las enormes y claras lecciones que la COVID nos ha enseñado se ponen en práctica por los que detentan el poder.

No parece que se haya hecho público en su totalidad el Informe del Sindicato SATSE que propuso esta iniciativa y aunque en su titulo mencione a las matronas, "Análisis de la situación de las enfermeras y enfermeros, matronas y fisioterapeutas en los centros sanitarios del país", no tengo conocimiento de la propuesta específica de ratio para las matronas.

Desde la AEM seguiremos denunciando, como llevamos años haciéndolo públicamente, la contra tendencia que las políticas sanitarias están marcando en nuestro país en referencia al ratio de matronas (y enfermeros en general) en relación con los países de nuestro entorno. Frente al ratio enfermera/paciente planteado en esta Proposición de Ley en unidades de cuidados intensivos, cuidados críticos, cuyo máximo es de dos pacientes, defenderemos que la asignación de mujeres gestantes por matrona en atención al parto debe ser 1/1, dadas las características del imprescindible y exhaustivo control materno y fetal del proceso, la extrema vulnerabilidad del feto, la utilización de analgesia en un

mayoritario porcentaje de casos, los continuos y especiales cuidados a la parturienta, así como la interrelación con esta y el acompañante elegido. Tampoco sabemos qué ratio ha sido propuesto para las matronas en Atención Primaria y eso importa y mucho; tememos que se cree una Comisión Interterritorial de Ratios Enfermeras sin enfermeras, matronas y fisioterapeutas reales y sean otros que ni conocen nuestro trabajo, ni les duele y/o les importa poco, los encargados de enmendar a la baja los ratios ya propuestos, de establecer los de unidades o servicios no contemplados en la redacción legislativa previa, así como de diseñar las normas de funcionamiento del futuro Decreto ¡como siempre!

Son innumerables los cuerpos de empleados públicos que tienen definidos sus ratios ajustados de atención, jubilaciones anticipadas y otras prebendas de las que los sanitarios carecemos a pesar de la penosidad constatada de nuestro trabajo.

De la falta de representatividad, desaciertos y discriminación laborales, las matronas tenemos sobradas pruebas, a pesar de que en circunstancias bien precarias como las que de lejos arrastramos, de que hemos hecho una contribución máxima al estado actual del bienestar materno-infantil situando a nuestro país en lo más alto del palmarés mundial, lo que no deja dudas de nuestro importante papel sociosanitario y claramente eficiente para el sistema.

Las matronas (la enfermería), con este futuro decreto, no estamos pidiendo recompensas, solo razón y justicia.

Rosa Mª Plata Quintanilla
Directora de *Matronas hoy*

Conductas ejecutadas por matronas y matrones en unidades de neonatología en dos hospitales de Chile

[1] Sofía Baeza Espinoza
[1] Tatiana Boza
[2] Pablo Gálvez Ortega

[1] Matrona. Universidad de Chile.
[2] Matrón. Profesor Asistente Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

E-mail: pagalvezo@uchile.cl

Fecha de recepción: 17 de junio de 2020.
Fecha de aceptación: 02 de marzo 2021.

Cómo citar este artículo:
Baeza Espinosa S, Boza T, Gálvez Ortega P. Conductas ejecutadas por matronas y matrones en unidades de neonatología en dos hospitales de Chile. Matronas Hoy 2021; 9(1):6-15.

Resumen

Introducción: las matronas y matrones en Chile trabajan en servicios de neonatología desde los años 60 del pasado siglo, pero a pesar de esto existe escasa evidencia científica que mencione su rol como profesionales dentro de estas unidades.

Objetivo: determinar las conductas realizadas por el profesional matrona o matrón en las unidades de cuidados intermedios e intensivos neonatales en dos hospitales de Santiago de Chile.

Material y Métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo a través de sondeo entre 58 matronas/es de las unidades de neonatología de dos hospitales de Santiago de Chile, a quienes se les proporcionó un cuestionario autoadministrado.

Resultados: participaron 32 profesionales. De un total de 121 acciones, 76 de ellas (62,8%) son realizadas exclusivamente por matronas/es en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y una unidad de tratamientos intermedios neonatal (UTIM). Por unidad, 85 acciones (70,24%) se efectúan solamente en la UCI y 78 acciones (64, 5%) solo en la UTIM, siendo el porcentaje restante acciones llevadas a cabo por otros profesionales adscritos a la unidad. Se definieron nueve conductas constituidas por acciones relacionadas con un mismo fin, las que fueron elegidas por poseer un porcentaje mayor o igual al 70% de ejecución.

Conclusión: las matronas y matrones realizan un porcentaje importante de acciones dentro de estas unidades, aunque existe escasa evidencia de esta actuación profesional. Por ello, con este estudio se quiere presentar un modelo innovador en el ámbito mundial, el cual debe ser estudiado a fondo para abrir la neonatología como campo laboral para matronas (obstetrices, parteras y cuantas denominaciones profesionales existan) en otros países.

Palabras clave: matrona; neonatología; conductas; acciones.

Abstract

Actions performed by female and male midwives in neonatal units in two hospitals in Chile

Introduction: *tFemale and male midwives in Chile have been working in neonatology services since the 1960's; however, scientific evidence on their role in these units is limited.*

Objective: *to determine the actions performed by professional female and male midwifes in the neonatal intermediate and intensive care units in two hospitals in Santiago de Chile.*

Material and methods: *a survey-based descriptive study was carried out among 58 female and male midwives in the neonatal units of two hospitals in Santiago de Chile, by means of a self-administered questionnaire.*

Results: *32 professionals participated in the study. Out of 121 actions, 76 (62.8%) are performed exclusively by female and male midwives in the intensive care unit (ICU) and in the neonatal intermediate care unit. A total of 85 actions (70.24%) are performed only in the ICU and 78 actions (64.5%) are performed only in the intermediate care unit, with the remaining ones being performed by other professionals in the units. Nine behaviors consisting of actions related to the same purpose, were defined. Such behaviors were selected based on a percentage of execution greater than or equal to 70%.*

Conclusion: *female and male midwives perform a significant percentage of actions in these units, although a limited evidence is available on their professional performance. Therefore, our study aims to present on a worldwide level an innovative model, which should be studied in depth in order to open up neonatology as a field of work for midwives (matrons and any other professional designations that may exist) in other countries.*

Key words: *midwife; neonatology; behaviors, actions.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los asistentes de parto cualificados como profesionales acreditados que han recibido una formación tanto teórica como práctica que los capacita para la asistencia de las gestaciones, partos y puerperios no complicados; además de identificar, tratar y derivar las complicaciones ya sea maternas y/o neonatales[1]. En el mundo, esta definición hace referencia a profesionales matronas, obstetrices, obstetras, etc., entre otros. En Chile, el término utilizado para ambos géneros es matrona y matrón, denominación aceptada por la OMS, la Confederación Internacional de Matronas y el Colegio de Matronas y Matrones de Chile[1,2-4].

El marco legal chileno vigente estipula que los servicios prestados por los profesionales matronas/es corresponden a la atención de la gestación, parto, puerperio y del recién nacido[5]. Junto a esto se adiciona lo presentado dentro de la norma general administrativa N°21 "Administración del cuidado de profesionales matronas y matrones para la atención cerrada", la que determina que el profesional a cargo de la atención de la mujer con procesos gineco-obstétricos y el recién nacido es la matrona o matrón; quien cumple su rol en los servicios y/o unidades de hospitalización de obstetricia, ginecología, neonatología, urgencia gineco-obstétrica y pabellón quirúrgico gineco-obstétrico en los establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad[6].

En sus inicios en los años 60 del pasado siglo, los servicios de neonatología estuvieron a cargo de profesionales enfermeras, hasta que matronas y matrones se fueron capacitando tanto en el pre como en el postgrado para la atención del recién nacido sano y con patologías, logrando instaurar estas unidades como campo laboral no exclusivo, brindando así un enfoque de continuidad en la atención, pues son los encargados de conocer los antecedentes de la pregestación, gestación y parto; considerando de esta forma un enfoque de asistencia perinatal. Es importante mencionar que actualmente en Chile existen servicios de neonatología en los que trabajan profesionales como matronas y matrones, ya sea de manera exclusiva o compartiendo rol de manera simultánea en la unidad[7-9]. Este modelo es único en la región y en el mundo, y ha favorecido de gran manera la atención de recién nacidos sanos y con patología, logrando una de las tasas de mortalidad infantil más bajas de Latinoamérica, siendo de 7,4 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos[10].

A pesar de la integración de matronas y matrones en la neonatología se crea un conflicto con respecto a las acciones que estos realizan, puesto que existe escasa evidencia publicada de su actuar dentro de las unidades. Si bien hay diversos protocolos locales de manejo de patologías, estos no especifican el profesional que realiza dichas acciones. Por lo que el propósito de esta investigación es recopilar información con respecto a lo que en la clínica llevan a cabo los profesionales matrona y matrón, y así, de esta forma, evidenciar la participación que estos poseen en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) como la unidad de tratamientos intermedios neonatales (UTIN) del país[11].

Es pertinente para el análisis de la investigación aclarar lo que se entiende por conducta en el ámbito profesional, este concepto se entiende como el conjunto de acciones[12], las cuales apuntan a lograr un objetivo dentro de la atención en salud, además de estar directamente relacionadas con la condición de salud que cursa la persona que requiera asistencia. Es por lo anterior que se requiere la descripción de las acciones, definidas como la posibilidad de hacer[12], las que en su conjunto se realizan para cumplir la conducta definida.

El objetivo de este estudio es determinar las conductas efectuadas por el profesional matrona y matrón en las UTI y UCI neonatales en dos hospitales de Santiago de Chile en el año 2019.

Material y métodos

Este estudio descriptivo se llevó a cabo en las unidades de neonatología de los hospitales San José y San Juan de Dios, de Santiago de Chile, entre los meses de abril y noviembre del año 2019. Se consideró como sujetos de estudio a matronas y matrones que se encontraban ejecutando sus labores en dichas unidades al momento de la implementación del instrumento, estos corresponden a un universo total de 58 profesionales. Se excluyeron del estudio aquellos profesionales que, siendo considerados en el universo, se encontraban con descanso laboral o médico al momento de la implementación del cuestionario. También se excluyó a matronas jefas de unidad por realizar solo labores administrativas en el lugar.

Dentro de las variables consideradas se encuentran variables de tipo sociodemográfico como edad (años) y género (femenino, masculino, otro); además de años de egreso de pregrado, años de trabajo en las unidades de neonatología, estudios de post-título y tipo de relación laboral. Finalmente, en el instrumento, se consideró la variable acción, presentada como una lista propuesta de acciones que se realizan en UCI y UTI neonatal.

El estudio fue entregado a tres comités de ética e investigación: Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Comité de Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte y Comité de Investigación del Hospital San Juan de Dios.

Para la recolección de datos se confeccionó un consentimiento informado, el cual se le hizo entrega a cada parti-

cipante. Además, se elaboró un instrumento el cual consta de 121 acciones que se ejecutan en UCI y UTI neonatal sin distinción del profesional que las realice, junto a una pregunta abierta, estas acciones fueron organizadas según el área, con el fin de agrupar aquellas que apuntaban a un mismo objetivo.

El instrumento fue sometido a validación de contenido y semántica por docentes del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Universidad de Chile; tras lo cual se realizó el pilotaje de este, entregando 10 cuestionarios de manera equitativa a los distintos turnos de uno de los hospitales.

Los datos recolectados fueron tabulados y analizados mediante Microsoft Excel®, donde se asignó a cada acción consultada un número entre [1-121], separando las respuestas entre UCI y UTI neonatal. Posterior al análisis de las acciones efectuadas se agruparon aquellas que poseen un mismo objetivo, es así como las investigadoras definieron nueve conductas, las cuales se constituyeron en función de las acciones que presentaban un porcentaje de ejecución superior o igual al 70%.

Resultados

De un total de 58 encuestas entregadas a los profesionales de ambos hospitales se recolectaron 32, correspondiente a un 55,17%, del universo de estudio.

Entre las respuestas se observó una media de edad de 34,87 ± 9,3 años, 26 (81,25%) corresponden a profesionales de género femenino. Se presenta además una media de 10,04 ± 7,98 años de trabajo en unidades de neonatología. Al analizar los estudios de postgrados se aprecia que 28 encuestados (87,5%) poseen post-títulos en el área. 30 profesionales entrevistados (93,75%) corresponden a matrones clínicos, es decir, realizan directamente la atención del recién nacido; de ellos, tres encuestados (10%) además desempeñan la función de jefe de turno.

En cuanto al análisis de los datos se tiene que de 121 acciones, 76 de ellas (62,8%) son realizadas en ambas unidades solo por matronas y matrones. Por unidad, se observa que en UCI, las acciones ejecutadas exclusivamente por matronas y matrones corresponden a 85 (70,24%). Mientras que en UTI, las matronas y matrones ejecutan exclusivamente un total de 78 acciones, las que corresponden a un 64,46%. De lo anterior se desprende que el porcentaje restante de acciones en ambas unidades son ejecutadas por otros profesionales de la unidad (enfermeras/os) (Gráfico 1).

En relación a la pregunta abierta "Mencione otras acciones no incluidas en el instrumento que usted realiza en estas unidades", esta fue respondida por siete encuestados (21,87%). Dentro de las respuestas se encuentran acciones como: confección y ejecución de entrega de turno, categorización de pacientes según el riesgo de dependencia, los procedimientos invasivos (exanguineo transfusión, eritroféresis, manejo de válvulas derivativas internas y externas), alimentación por gastroclisis o gastrostomía, manejo de traqueostomía y naricera de alto flujo, procedimientos quirúrgicos, gestión de permisos administrativos, manejo y supervisión de personal, ingreso y egreso administrativo (alta), así como también docencia clínica de internos y alumnos.

Teniendo en consideración el objetivo del estudio y considerando aquellas acciones que poseían un porcentaje de ejecución mayor o igual al 70%, además de agrupar aquellas que se relacionaban con un mismo fin, se definieron nueve conductas de ejecución por matronas y matrones en ambas unidades; estas corresponden a:

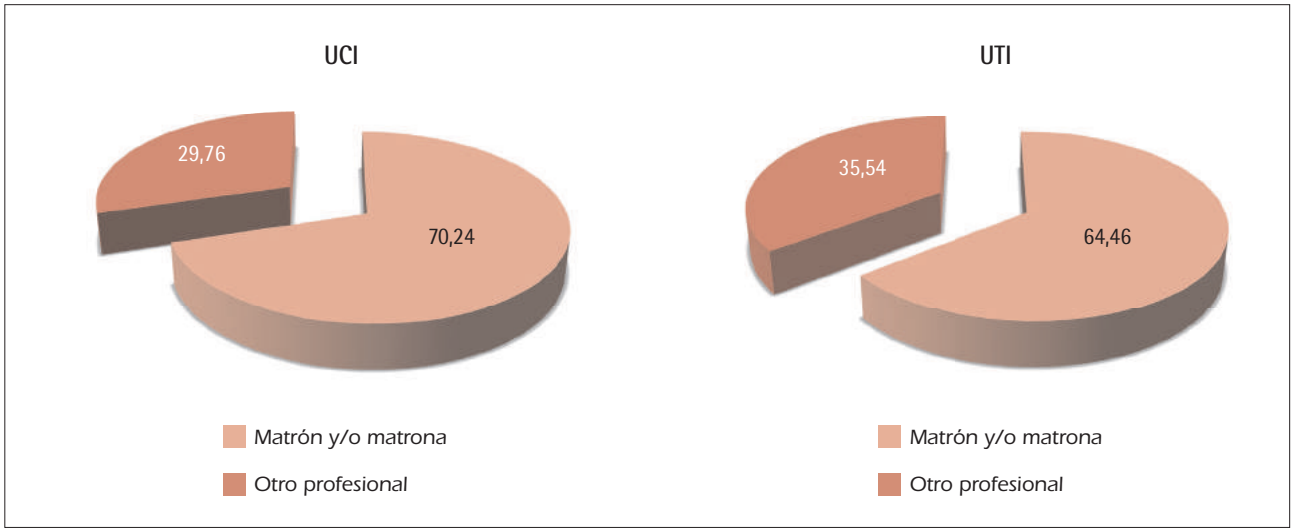


Gráfico 1. Porcentaje de acciones realizadas por profesional matrón o matrona en UCI y UTI neonatal en comparación con otros funcionarios de la unidad

1. "Ingreso del recién nacido a la unidad", comprende acciones desde informarse de los antecedentes del recién nacido hasta la estabilización de este en su unidad, los cuales se detallan en el Cuadro 1.
2. "Valorar condición neonatal", incluye acciones como valorar antecedentes, examen físico, evolución del recién nacido y toma de exámenes.
3. "Manejo clínico de recién nacido con patología", comprende desde traslado, instauración de tratamientos de acuerdo a la patología del neonato, manejo perioperatorio, y evaluación según la patología.
4. "Manejo administrativo de recién nacido con patología", involucra el registro, gestión y coordinación de los diferentes procedimientos que requiere el recién nacido (Cuadro 2).

Cuadro 1. Cuadros comparativos de las acciones comprendidas en la conducta "Ingreso del recién nacido a la unidad" en UCI y UTI neonatal

I	Ingreso del recién nacido a la unidad	
Número de acción	Acción	Porcentaje
	UCI	
17	Se informa de los antecedentes del recién nacido previo a su atención y/o llegada a la unidad	96,875
18	Prepara la unidad del recién nacido a su ingreso según los requerimientos que este tiene	96,875
22	Instala monitor multiparámetros (electrodos, sensor de oximetría)	96,875
23	Instala equipo para la medición de presión arterial no invasiva (mango para tomar presión arterial)	96,875
24	Instala equipo para la medición de presión arterial invasiva	96,875
25	Realiza examen físico general y segmentario	96,875
	UTI	
17	Se informa de los antecedentes del recién nacido previo a su atención y/o llegada a la unidad	100
18	Prepara la unidad del recién nacido a su ingreso según los requerimientos que este tiene	96,875
22	Instala monitor multiparámetros (electrodos, sensor de oximetría)	90,625
23	Instala equipo para la medición de presión arterial no invasiva (manguito para tomar presión arterial)	90,625
25	Realiza examen físico general y segmentario	87,5

Fuente: elaboración propia

Cuadro 2. Cuadros comparativos de las acciones comprendidas en la conducta "Manejo administrativo de recién nacido con patología" en UCI y UTI neonatal

IV	Manejo administrativo de recién nacido con patología	
Número de acción	Acción	Porcentaje
	UCI	
73	Registra los procedimientos realizados en la ficha clínica del recién nacido	90,625
101	Gestiona la solicitud de transfusión sanguínea con el banco de sangre	75
106	Coordina el traslado del recién nacido en el ámbito intrahospitalario	75
	UTI	
73	Registra los procedimientos realizados en la ficha clínica del recién nacido	90,625
101	Gestiona la solicitud de transfusión sanguínea con el banco de sangre	75
106	Coordina el traslado del recién nacido en el ámbito intrahospitalario	75

Fuente: elaboración propia

5. "Alta del recién nacido de la unidad", comprende desde lo administrativo, educación y refuerzo de indicaciones médicas (Cuadro 3).
6. "Manejo nutricional del recién nacido", corresponde a acciones que comprenden la preparación y la administración de nutrición por vía enteral y/o parenteral.
7. "Educar e informar a padres y/o cuidadores del recién nacido" sobre procesos administrativos, cuidados y necesidades del neonato.
8. "Promover aseo y confort del recién nacido", involucra supervisión y realización de muda, cambios y protección de puntos de apoyo, cuidados paliativos y manejo del dolor (Cuadro 4).

Cuadro 3. Cuadros comparativos de las acciones comprendidas en la conducta "Alta del recién nacido de la unidad" en UCI y UTI neonatal

V	Alta del recién nacido de la unidad	
Número de acción	Acción	Porcentaje
	UCI	
110	Entrega alta administrativa del recién nacido	93,75
116	Educa a los padres sobre los cuidados y necesidades del recién nacido	96,875
118	Refuerza las indicaciones de alta del recién nacido entregadas por el médico a padres o tutores	96,875
120	Educa a los padres y/o cuidadores en lactancia materna	96,875
	UTI	
110	Entrega alta administrativa del recién nacido	93,75
116	Educa a los padres sobre los cuidados y necesidades del recién nacido	100
118	Refuerza las indicaciones de alta del recién nacido entregadas por el médico a padres o tutores	100
120	Educa a los padres y/o cuidadores en lactancia materna	96,875

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4. Cuadros comparativos de las acciones comprendidas en la conducta "Promover aseo y confort del recién nacido" en UCI y UTI neonatal

VIII	Promover aseo y confort del recién nacido	
Número de acción	Acción	Porcentaje
	UCI	
43	Realiza el aseo y el cambio de pañal del recién nacido	96,875
44	Supervisa la realización del aseo y muda del recién nacido	96,875
45	Cambia la posición del recién nacido en cada atención	96,875
46	Protege puntos de apoyo del recién nacido	96,875
61	Ejecuta cuidados paliativos del recién nacido	96,875
68	Realiza cuidados de la ostomía en el recién nacido	93,75
69	Efectúa el manejo farmacológico de dolor en el recién nacido	87,5
70	Realiza el manejo no farmacológico de dolor en el recién nacido	96,875
115	Permite instancias de apego y contacto entre los padres y su recién nacido	96,875

Cuadro 4. Cuadros comparativos de las acciones comprendidas en la conducta "Promover aseo y confort del recién nacido" en UCI y UTI neonatal *(continuación)*

VIII	Promover aseo y confort del recién nacido	
Número de acción	Acción	Porcentaje
	UTI	
43	Realiza el aseo y el cambio de pañal del recién nacido	78,125
44	Supervisa la realización del aseo y muda del recién nacido	100
45	Cambia la posición del recién nacido en cada atención	81,25
46	Protege puntos de apoyo del recién nacido	78,125
61	Ejecuta cuidados paliativos del recién nacido	90,625
68	Realiza cuidados de la ostomía en el recién nacido	90,625
69	Efectúa el manejo farmacológico de dolor en el recién nacido	87,5
70	Realiza el manejo no farmacológico de dolor en el recién nacido	100
115	Permite instancias de apego y contacto entre los padres y su recién nacido	100

Fuente: elaboración propia

9. "Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud", comprende lavado de manos y uso de precauciones estándar en casos necesarios (Cuadro 5).

Cabe destacar que existen acciones consideradas como transversales en UCI y UTI, estas son corroborar el brazalete (96,87% y 93,75%), respectivamente; toma examen PKU-TSH (96,87% y 93,7%), prepara la vacuna BCG (68,75% y 71,87), administra la vacuna BCG según indicación médica (90,62% y 93,75%), registra la administración de la vacuna BCG (93,75% en ambas).

Cuadro 5. Cuadros comparativos de las acciones comprendidas en la conducta "Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud" en UCI y UTI neonatal

IX	Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud	
Número de acción	Acción	Porcentaje
	UCI	
1	Realiza el lavado de manos al ingresar a la unidad	96,875
15	Efectúa el lavado de manos antes, durante y después de cada atención según corresponda	96,875
16	Usa precauciones estándar según corresponda (mascarilla desechable, guantes desechables, delantal desechable, gorro)	96,875
55	Supervisa el manejo de sondas urinarias	96,875
	UTI	
1	Realiza el lavado de manos al ingresar a la unidad	100
15	Efectúa el lavado de manos antes, durante y después de cada atención según corresponda	100
16	Usa precauciones estándar según corresponda (mascarilla desechable, guantes desechables, delantal desechable, gorro)	100
55	Supervisa el manejo de sondas urinarias	84,375

Fuente: elaboración propia

Discusión

Estos resultados muestran un modelo de trabajo innovador a lo que se realiza en el ámbito internacional, donde, como refleja la evidencia, son los profesionales enfermeros y enfermeras quienes hacen labores clínicas símiles a las efectuadas por matronas y matrones en estos hospitales. Lo anterior se ve reflejado en un estudio efectuado en Italia en 2017, el que consiste en presentar un perfil de habilidades desde el punto de vista personal de los profesionales de enfermería de la UCI neonatal, el que además señala acciones ejecutadas por esos profesionales que son similares a las realizadas por matronas y matrones en los hospitales de estudio, como es el caso de "administración y preparación de terapias", "toma de muestras de sangre", "manejo del equipo", "educación a los padres", entre otras[13]. Es por lo mismo que, al ser escasa la evidencia sobre el manejo clínico de matronas y matrones en las unidades de Neonatología, para efecto de contrastar los resultados de este estudio con la evidencia existente se han utilizado documentos internacionales donde se vislumbra el manejo clínico de profesionales de enfermería en neonatología debido a la similitud de actividades efectuadas, presentada anteriormente.

Considerando lo anterior es importante destacar algunos resultados obtenidos. En primer lugar, es pertinente señalar que tanto en Chile como en todo el ámbito internacional se ha visto un aumento tanto en las tasas de recién nacidos prematuros como de bajo peso al nacer, además de evidenciarse un aumento en los embarazos de alto riesgo, lo que conlleva un mayor número de recién nacidos con enfermedades más complejas y que requieren, por lo mismo, cuidados más avanzados. Todo esto ha reflejado la necesidad de poseer una mayor preparación en el área, teniendo profesionales más capacitados[14] y con especialidades centradas en la atención del recién nacido. Se encontraron diversas publicaciones que estudian la capacitación de los profesionales de neonatología como *"Advanced practice nursing roles in neonatal care"*, *"Clinical Competence and Its Related Factors of Nurses in Neonatal Intensive Care Units"*, por mencionar algunas referencias. Esto valida la importancia de encontrar dentro de este estudio que un 87,5% de los encuestados posee un post título en el área de neonatología, entre los que se encuentran cuidados de recién nacido quirúrgico, ventilación mecánica, infecciones asociadas a la atención de salud, reanimación neonatal, cuidados respiratorios del recién nacido, gestión, atención del recién nacido de alto riesgo, entre otras; evidenciando de esta forma lo integrado que se tiene la necesidad de preparación adicional a la entregada en el pregrado para complementar y actualizar los conocimientos y de esta forma brindar una mejor atención en salud. Junto a esto es relevante mencionar que los profesionales matronas y matrones en Chile tienen un elevado número de horas de preparación en asistencia neonatal fisiológica y patológica en pregrado, lo que se adiciona a la formación de post-título. Esto se evidencia en la búsqueda de distintas mallas curriculares en el ámbito nacional, las cuales involucran al menos dos cursos de esta área junto a sus respectivas pasantías clínicas.

Atingente a lo anterior se hace pertinente mencionar que el avance tanto científico como tecnológico ha impactado en los indicadores de salud pública del país a través de una reducción de la tasa de mortalidad infantil, siendo la más baja de América del Sur al 2012[10]. A comienzos del siglo pasado, en Chile, uno de cada tres niños fallecía antes de cumplir el primer año de vida, mientras que en la actualidad se tiene una proporción de 7,4 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos. Esta mejora sustancial ocurre desde los años 60, donde se evidencia una mejoría sostenida y marcada en estas tasas[7,10,15,16].

Particularmente, respecto a los resultados obtenidos de este estudio, es relevante destacar que los profesionales analizados realizan más de un 70% de las acciones de las unidades de alta complejidad en neonatología, evidenciando que cumplen roles de asistencia técnica profesional, que en otros países es hecho por profesionales como enfermeras o médicos. Dentro de estas acciones se pueden mencionar el transporte del recién nacido a otras unidades, preparación de la unidad del recién nacido a su ingreso según los requerimientos que este tiene, instalación de monitor multiparámetros, realización de examen físico general y segmentario, manejo de ventilación mecánica y de diversas patologías, además de manejo farmacológico, entre otras. El análisis global de los resultados sustenta la participación continua de los profesionales durante la estadía hospitalaria del recién nacido en estas unidades, siendo ellos los responsables de gran parte del manejo neonatal tanto nacional, como es señalado en diversos protocolos locales, como internacional, que es realizado por profesionales de enfermería[13].

Al analizar de forma particular algunas acciones se considera importante destacar la revisión del carro de paradas (conteo de material y revisión de caducidad); dentro de los resultados obtenidos se evidenció que los encuestados ejecutaban esta acción en un 43,75% en UCI y 34,37% en UTI. Un paro cardiorrespiratorio puede acontecer en cualquier momento y lugar, es por lo mismo que se debe estar preparado para cuando ello acontezca, debido a esto, los centros de salud han de disponer de los materiales necesarios y de personal capacitado para utilizarlos[17]. Se encontró escasa evidencia con respecto a quién es el profesional que se debe ocupar de la revisión constante de los materiales del carro de paradas; en el ámbito nacional surgieron algunos protocolos locales de diversos centros de salud, como es el caso del protocolo de reanimación cardiopulmonar neonatal del Hospital Santiago Oriente, donde se recomienda que sea la matrona supervisora y/o la matrona de turno la responsable de la revisión, mantenimiento y reposición del carro de parada[18]. En el ámbito internacional, los protocolos consultados

mencionan a la enfermera como responsable, pero más que una norma internacional, también son protocolos locales. Es importante establecer un protocolo de revisión periódica de materiales e insumos, en el que además se consigne un responsable de esta tarea[17].

Considerando el estudio de Rosón[19], en el año 2003 en donde se evaluaba el correcto funcionamiento de los carros de parada en momentos de urgencia y donde se pudo observar que el 40% de los carros evaluados presentaba deficiencias en términos de insumos y/o materiales, lo que impedía o enlentecía una correcta reanimación[19], se consideran relevantes los resultados obtenidos en este estudio, ya que para asegurar una correcta revisión del carro de parada, debiesen ser los profesionales que lo utilizan, en este caso matronas y matrones, quienes son partícipes del proceso de reanimación cardiopulmonar neonatal, sean los encargados de la revisión y mantención de este, como es sugerido en la evidencia encontrada. Lamentablemente, y debido al tipo de instrumento utilizado, no se puede inferir quién es el responsable de esta acción o si se hace en las unidades de neonatología consultadas.

Otra acción analizada es la verificación del brazalete de identificación. La seguridad de los pacientes es una prioridad en los sistemas de salud. En el año 2007, la Organización Mundial de la salud lanzó "nueve soluciones para la seguridad del paciente", cuyo objetivo era reducir los daños asociados a la atención sanitaria[20]. Dentro de estas metas de seguridad se encuentra, en primer lugar, la correcta identificación del paciente; en el caso de los recién nacidos, esta acción es la base de una adecuada atención perinatal, siendo un derecho el que el recién nacido se encuentre identificado hasta el egreso (alta) hospitalario[21]. Si bien la evidencia menciona la importancia de la identificación del recién nacido, no se encontró evidencia nacional ni internacional con respecto a la verificación del brazalete durante la estadía hospitalaria y en cada atención del neonato. Es por lo mismo que llama la atención que el porcentaje de ejecución de esta acción sea un 96,87% en UCI y un 93,75% en UTI; si bien son porcentajes altos, con respecto a otras acciones, se considera que el cumplimiento de esta debiese ser un 100%, debido a que es realmente necesario que se verifique el brazalete del recién nacido tanto para los procedimientos como para las mismas atenciones que se realizan al neonato, de esta forma se reducen los errores evitables en la atención del paciente.

Este estudio pionero en el área de neonatología muestra que las matronas y matrones ejecutan un importante porcentaje de actividades en ambas unidades de esta área, desde el cuidado y confort del recién nacido hasta el manejo de patologías. A pesar de los resultados encontrados, *a priori* se pueden señalar diversos sesgos presentes en el estudio, como sesgo de selección, al considerar solo a profesionales matronas y matrones, y no a todo aquel que ejecute labores en la unidad; sesgo de medición o del instrumento, debido a que el instrumento fue elaborado por las investigadoras en función de la evidencia disponible, lo que pudo conllevar a una reducción de acciones presentes en la clínica, que impactaría en la formación de las respectivas conductas, este sesgo se intentó manejar en el estudio al adicionar un apartado de pregunta abierta sobre otras acciones que realizaban y que no estaban consideradas en el instrumento, cuyo porcentaje de respuesta fue de 21,87%. Por último, otro sesgo a considerar es el de respuesta, debido a la comprensión e interpretación personal del instrumento por parte del encuestado y/o la omisión de respuestas.

En función al sesgo de medición se puede mencionar la acción "entrega de turno", que no fue incluida en el instrumento, y solo fue mencionada por un profesional, lo que se contrapone con el estudio de Alfieri et al.[13], donde se señala que los profesionales de enfermería consideran la entrega de turno como una acción fundamental, ya que hay un intercambio de información, la que debe ser correcta y precisa, con la que se organizará el posterior trabajo de quien recibe.

Según las conductas definidas en este estudio, es importante señalar que no se encontró evidencia al respecto, sino que más bien los estudios encontrados involucran percepción con respecto a las actividades que realizan los profesionales de enfermería y las competencias que poseen las matronas en el ámbito internacional en las distintas áreas en las que se desempeñan. Por lo anterior, se dificulta el contrastar el resultado obtenido en este estudio con evidencia sólida, puesto que *a priori*, sería un estudio pionero con respecto a las conductas de matronas y matrones en esta área; tanto por el significado o la apreciación de la palabra "conducta", como del profesional que las realiza. Sin embargo, se considera relevante señalar que el considerar conductas en el quehacer profesional de matronas y matrones implica una mirada global sobre el actuar que se debe tener en diversas situaciones clínicas con el recién nacido.

Conclusión

Según lo analizado anteriormente es posible mencionar que las matronas y matrones de estos servicios realizan un porcentaje importante de acciones en ambas unidades, las que pueden ser agrupadas en función de las conductas que emplean con los recién nacidos según las necesidades que se van presentando. Estas conductas involucran desde satisfacer necesidades básicas del neonato, como el manejo de tratamiento de diversas patologías de recién nacidos hospitalizados en unidades de paciente crítico, incluyendo además la educación y entrega de información pertinente a los padres y/o tutores. De esta forma se logra evidenciar el manejo clínico y administrativo que realizan estos profesionales y la relevancia que poseen en las unidades incluidas en el estudio.

Como se expuso durante el desarrollo del estudio, estas acciones son similares a las ejecutadas por los profesionales de enfermería que trabajan en las mismas unidades tanto nacionales como internacionales, de quienes también existe escasa evidencia de lo que concretamente realizan.

Este estudio no solo evidencia lo llevado a cabo por matronas y matrones en las unidades de UCI y UTI neonatal, sino que además es la base para evidenciar el rol profesional que poseen en la Neonatología, lo que se presenta como un modelo innovador en Latinoamérica y el mundo; el que se puede extrapolar para capacitar a parteras, obstetrices y símiles de la matrona en el ámbito internacional, para que puedan fortalecer la Salud Perinatal de sus respectivos países. Por estas razones es relevante mencionar que la matrona y el matrón de neonatología son profesionales capacitados desde el pregrado para la atención del recién nacido crítico y es necesario plasmar su rol en la importancia de la Salud Perinatal en Chile.

Financiación

Ninguna.

Conflicto De Intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Asistentes de partería cualificados [internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/es/
2. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Historia de la Escuela de Obstetricia. Reseñas Escuelas. Universidad de Chile [internet] [citado 8 mar 2021]. Disponible en: http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/126706/escuela-de-obstetricia
3. Colegio de Matronas y Matrones de Chile. Origen y Evolución: Cronología Histórica de la Organización Gremial [internet]. 2005 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://colegiodematronas.cl/?page_id=1113
4. International Confederation of Midwives. Definición Internacional de Matrona de la ICM [internet]. 2010 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html
5. Ministerio de Salud Pública. Código Sanitario Decreto con Fuerza de Ley N° 725 [internet]. Gobierno de Chile; 1967 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595
6. Subsecretaría de Redes Asistenciales Departamento de Asesoría Jurídica. Norma General Administrativa N°21 "Administración del Cuidado de Profesionales Matronas y Matrones para la Atención Cerrada." Chile; 2010.
7. Martínez JL. Historia de la Neonatología y los desafíos del siglo XXI. Rev Médica Clínica Las Condes [internet]. 2008 [citado 8 mar 2021]; 19:152-7. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-historia-neonatologia-los-desafios-del-X0716864008321665
8. Novoa J, Milad M, Vivanco G, Fabres J, Ramírez R. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Rev Chil pediatría 2009; 80(2):168-87.
9. Universidad Mayor Escuela de Obstetricia y Puericultura; Consejo Regional de Santiago; Colegio de Matronas y Matrones de Chile. Evolución de la Matronería en Chile: Hitos y Desafíos. 2015. 325 p.
10. Manríquez G, Escudero C. Analysis of risk factors for neonatal death in Chile, 2010-2014. Rev Chil Pediatr. 2017 Jul 1; 88(4):458-64.
11. Rite S, Fernández J, Echaniz I, Botet F, Herranz G, Moreno J, Salguero E, Sánchez M. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr. 2013; 79(1):51.e1-51.e11.
12. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española [internet]. 2001 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: http://www.rae.es
13. Alfieri E, Alebbi A, Bedini G, Boni L, Foà C. Mapping the nursing competences in neonatology: A qualitative research. Acta Biomed. 2017; 88:51-8.
14. Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. Clinical Competence and Its Related Factors of Nurses in Neonatal Intensive Care Units. J Caring Sci. 2016 Dec 1; 5(4):317-24.
15. Neored. Protocolos de Manejo de Recién Nacidos Prematuros < 32 semanas y/o < 1.500 grs. Indisa, Clínica de Familia [internet]. Abril 2012. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: http://www.neored.net/pdf/protocolos/PROTOCOLOS%20%20DE%20MANEJO%20%20DE%20menor%2032%20sem%20o%20menor%201500%20grs.pdf
16. González R. Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov 1; 25(6):874-8.
17. López-Herce J, Rodríguez A, Carrillo A, Zeballos G, Martínez C, Calvo C. Materials for the paediatric resuscitation trolley or backpack: Expert recommendations. An Pediatr. 2018 Mar 1; 88(3):122-6.
18. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Hospital Santiago Oriente Luis Tisné Brousse. Protocolo Reanimación Cardiopulmonar Neonatal. 2013.
19. Fierro J, Ruiz M, Peinado J, Ramos J, Cardenas A, Díaz M. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. Med Intensiva. 2003; 27(6):399-403.

20. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños [internet]. 2007 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/
21. Covas M, Salvatierra B, Velázquez V, Alda E. Utilización de la pulsera de identificación en el recién nacido: ¿Un método seguro? Arch. argent. pediatr. 2018; 116(1):72-6.
22. Kaempffer R, Medina L. Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. Rev Chil pediatría 2006 Oct; 77(5):492-500.
23. Nove A, Moyo N, Bokosi M, Garg S. The Midwifery Services Framework: The process of implementation. Midwifery 2018; 96-101.
24. Renfrew M, McFadden A, Bastos M, Campbell J, Channon A, Cheung N, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Midwifery 2014; 384:1129-4
25. Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Midwifery 2014; 384:1226-35.
26. Fullerton J, Thompson J, Severino R. The International Confederation of Midwives Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. An update study: 2009–2010. Midwifery 2011; 399-408.
27. Nove A, Hoope-Bender P, Moyo N, Bokosi M. The Midwifery services framework: What is it, and why is it needed? Midwifery, 2018; 54-8.
28. Fernández E, Gómez M, Pérez A, Onieva Ma, Parra, M, Beneit JV. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. Educación Médica 2018; 19(Supl.3):360-5.

Estudio descriptivo longitudinal sobre la actividad del residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) en el Hospital Universitario de Ceuta

[1] María Isabel de Dios Pérez
[2] Belén Rojas Carmona
[3] Francisco Javier Fernández-Carrasco
[4] Juana María Vázquez-Lara
[5] Juan Gómez-Salgado
[6] Luciano Rodríguez-Díaz

[1] *Matrona. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Serranía de Ronda. Málaga. España.*

[2] *Matrona. Servicio Madrileño de Salud. España.*

[3] *Doctor en Ciencias de la Salud (Enfermería). Matrón. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Grupo Hospiten. Hospiten Estepona. Málaga. España.*

[4] *Doctora en Ciencias de la Salud (Enfermería). Matrona. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Ceuta. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Granada. Granada-Ceuta. España.*

[5] *Doctor en Ciencias de la Salud (Enfermería). Profesor Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. Huelva. España. Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.*

[6] *Doctor en Ciencias de la Salud (Enfermería). Matrón. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Ceuta. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Granada. Granada-Ceuta. España.*

E-mail: dediper@hotmail.com

Fecha de recepción: 23 de diciembre de 2020.
Fecha de aceptación: 10 de marzo de 2021.

Cómo citar este artículo:
De Dios Pérez MI, Rojas Carmona B, Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Díaz L. Estudio descriptivo longitudinal sobre la actividad del residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) en el Hospital Universitario de Ceuta. Matronas Hoy 2021; 9(1):16-23.

Resumen

Introducción: la matrona en España, como en otros escasos países del entorno mundial, enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología, es un profesional sanitario reconocido en el ámbito internacional. La formación y evaluación de los estudiantes de matrona (en España, denominados residentes desde la implementación del último plan formativo) conforma un aspecto fundamental en todos los programas de la formación de matronas es de los países europeos.

Objetivo: analizar la actividad asistencial, docente y científica por áreas específicas del programa formativo español de la especialidad de Matrona en la Unidad Docente de Matronas de Ceuta.

Material y método: se llevó a cabo un análisis descriptivo comparativo entre las actividades de aprendizaje clínico de un/a residente de matrona del Área Sanitaria de Ceuta desde el 21 de mayo de 2015 al 20 de mayo de 2017 y las actividades propuestas en la Orden SAS 1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de matrona en nuestro país.

Resultados: durante el periodo de residencia entre los años 2015-2017, cabe destacar el aumento global de las actividades clínicas de aprendizaje realizadas, siendo 1.471 el número total, objetivándose así un incremento del 63,44% con respecto al mínimo contemplado en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Discusión/conclusiones: cerca del 77% de las actividades de práctica clínica llevadas a cabo durante el periodo formativo del/de la residente de matrona en el Hospital Universitario de Ceuta evidencian un incremento superior en contraste con las actividades mínimas de aprendizaje clínico que se contemplan en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) a través del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Palabras clave: matrona; residente; formación; especialidad; actividades clínicas.

Abstract

A descriptive longitudinal study on the activity of obstetric-gynecological nursing residents (midwives) at the University Hospital of Ceuta

Introduction: *midwifery is an internationally recognized healthcare profession. In Spain and in few other countries in the world, midwives are nurses specialized in Obstetrics and Gynecology. Training and evaluation of midwifery students (called residents in Spain since the implementation of the last training plan) is a major aspect in all training programs for female/male midwives in European countries.*

Purpose: *to analyze the healthcare, teaching and scientific activity in specific areas of the Spanish training program for the specialty of midwifery in the Ceuta Midwifery Teaching Unit.*

Material and methods: *a descriptive comparative analysis was carried out for the clinical learning activities of a midwife resident in the Ceuta Health Area from May 21, 2015 to May 20, 2017 versus the activities established in the Orden SAS 1349/2009, dated May 6, in which the training program for the specialty of midwifery in our country is approved and published.*

Results: *it is worth noting that an overall increase in the clinical learning activities performed was noticed during the 2015-2017 residency period, with the total number being 1,471. This finding demonstrated a 63.44% increase over the minimum level required according to the training program for the specialty of Obstetric-Gynecological Nursing based on the regulations by the Ministry of Health, Consumption and Social Welfare.*

Discussion/Conclusions: *about 77% of the clinical practice activities carried out during the training period of a female/male midwife resident at the University Hospital of Ceuta show a higher increase compared to minimum clinical learning activities requirements established for the training program of Obstetric-Gynecological Nursing (Midwife) specialty based on the Ministry of Health, Consumption and Social Welfare regulations.*

Key words: *midwife; resident; training; specialty; clinical activities.*

Introducción

La matrona en España, hasta 1953 profesión independiente[1] y desde entonces, como en otro escaso número de países del entorno mundial, enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología, es un profesional sanitario reconocido en todos los sistemas sanitarios internacionales, considerándose una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como es la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, sexualidad y climaterio.

La formación y evaluación de los estudiantes de matrona (en España denominados residentes desde la implementación del último plan formativo) conforma un aspecto fundamental en todos los programas de la formación de matronas/es de los países europeos.

En España para obtener el título de la especialidad de matrona (enfermera especialista en obstetricia y ginecología), una vez conseguida una plaza de las ofertadas anualmente a través de un proceso selectivo nacional, se debe cumplir el programa formativo en unidades docentes de obstetricia y ginecología acreditadas para tal efecto, durante un periodo de dos años con carácter ininterrumpido, en conformidad con lo previsto en la Orden de 1 de junio de 1992[2] por la que se aprobó con carácter provisional el programa de formación vigente, hasta la promulgación de la Orden SAS/1349/2009[3], de 6 de mayo, en la que se publicó definitivamente el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). La formación de matronas en España se acoge al sistema de residencia implantado para la formación de matronas en 1992, de forma implícita a similitud con el sistema MIR ya implantado con anterioridad y definitivamente consolidado para todas las especialidades en Ciencias de la Salud por las previsiones contenidas en el Capítulo III del título II, de la Ley 44/2003[4], de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias[4], y sus disposiciones de desarrollo en la Orden del Programa Formativo[3].

Por otra parte, el artículo 54.1b del Real Decreto 1837/2008[5], de 8 de noviembre, por el que se incorporaban al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, preveía, entre las modalidades de reconocimiento automático de los títulos de formación de matrona en el ámbito europeo, una, con una dedicación mínima de actividades docentes-asistenciales de 3.600 horas a realizar durante dos años que es la opción que eligió España contemplada en el Capítulo III del Título II de la Ley 44/2003[4] de

ordenación de las profesiones sanitarias, regulada en el Real Decreto 450/2005[6] sobre especialidades de enfermería y plasmada en el programa formativo de nuestra especialidad[3,5,6]. En este programa formativo el 60%-70% de la formación clínica se lleva a cabo en Atención Especializada (AP), en hospitales cuya capacidad docente ha sido acreditada por el Ministerio de Sanidad para impartir el Programa de Atención Materno-Infantil y entre 30%-40% en Atención Primaria y Comunitaria (APS), donde se desarrollen programas de Atención a la Mujer y/o Salud Sexual, Reproductiva y Climaterio[5,7]. El programa de la especialidad de matrona establece que estas actividades deben ser evaluadas y cuantificadas, otorgando una importancia esencial al control de las mismas en el libro de registro de actividades del residente de matrona.

Así pues, el perfil competencial de la matrona, que se contiene en el programa formativo de la especialidad, desde su origen, ya que su redacción fue finalizada en 1989, estuvo ajustado a las directrices generales de la CEE de la que España entró a formar parte en 1986, para el reconocimiento mutuo de diplomas de matronas que se hallaba regulado mediante las Directivas 80/154[8] y 80/155[9], 80/156[10] de 1980, publicadas en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) y la primera Definición Internacional de Matrona de la ICM (1972)[11].

El Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre[5], que incorporaba en su trasposición al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, que anteriormente se mencionó, posteriormente modificado por el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, recoge las actividades mínimas profesionales de la enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona) en España[12].

Asimismo, el perfil competencial también se ajusta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual.

En lo que respecta al marco legal que regula la formación sanitaria especializada y específicamente la formación de la matrona se recoge en:

- Orden SAS 1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)[3].
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud[13].
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada[14].
- Orden SCO 581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, la figura del jefe de estudios de formación especializada y el nombramiento del tutor[15].
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias[4].

Justificación

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su artículo 20.3.a, configura el libro del residente como un registro de las actividades que se desarrollan durante el periodo de residencia[4]. La importancia del mencionado libro queda reflejada también en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, al configurar como un derecho específico de los especialistas en formación el registro de sus actividades en el libro del residente[13].

La estructura básica del libro de residente está diseñada por la Comisión Nacional de la especialidad de matrona. El Ministerio de Sanidad y Consumo es el encargado de aprobar el contenido del mismo, garantizando la adaptación individual al itinerario formativo. El registro de actividades durante la residencia, de carácter obligatorio, es propiedad del residente que deberá cumplimentarlo con supervisión de su tutor. Los datos recogidos están sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional. Durante el periodo formativo, de manera individual se incorporarán datos cualitativos y cuantitativos, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas, los cuales evidenciarán el proceso de aprendizaje y serán tenidos en cuenta en la evaluación final del residente en dicho proceso. Es un instrumento de autoaprendizaje que favorece la reflexión individual y conjunta con el tutor[14].

Por consiguiente, surge la necesidad de analizar objetivamente y cuantificar las actividades que el residente de matrona realiza durante los dos años de formación, y así valorar y analizar el cumplimiento de los objetivos que se exigen en el programa formativo de la especialidad de matrona. Así pues, en este estudio se analizan las actividades de aprendizaje clínico llevadas a cabo por un residente de matrona en el Hospital Universitario de Ceuta.

Objetivo

Analizar la actividad asistencial, docente y científica por áreas específicas del programa formativo español de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en la Unidad Docente de Matronas de Ceuta.

Metodología

Se llevó a cabo un análisis descriptivo comparativo entre las actividades de aprendizaje clínico de una residente de matrona del Área Sanitaria de Ceuta desde el 21 de mayo de 2015 al 20 de mayo de 2017 y las actividades propuestas en la Orden SAS 1349/2009[3], de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) a través del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Durante el periodo de dos años de la formación de la residencia de matrona, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada en Ceuta, se recopiló en un archivo Excel el número de actividades propuestas en el programa formativo de la especialidad:

- Entrevista y confección de la historia clínica de salud reproductiva.
- Control y asistencia de mujeres gestantes que implique reconocimientos prenatales.
- Asistencia a parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados.
- Asistencia a partos eutócicos.
- Supervisión y cuidado de mujeres con embarazos de alto riesgo.
- Participar en la atención al parto instrumental o cesárea.
- Supervisión, cuidado y reconocimiento de mujeres puérperas.
- Supervisión, cuidado y reconocimiento de recién nacidos sanos.
- Observación y cuidados del recién nacido que necesita cuidados especiales.
- Toma de muestra para citologías, exámenes en fresco, cultivos vaginales y otros exámenes.
- Asesoramiento y cuidado de mujeres en materia de climaterio.
- Asesoramiento y cuidado de mujeres en materia de ginecología.
- Detección y asesoramiento de mujeres que presenten infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las actividades citadas previamente son las "actividades mínimas de aprendizaje clínico" y estas cumplen con los objetivos fijados para las enseñanzas prácticas y clínicas en el artículo 53.2a en relación con el anexo V.5., apartado 5.5.1b del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre[5,7].

Además de las actividades mínimas de aprendizaje clínico, cabe destacar que entre las competencias del/de la residente de matrona se encuentra basar su práctica clínica en la investigación científica y en la mejor evidencia disponible, así como generar y difundir el conocimiento científico. Es por esto que toma especial relevancia la formación en investigación científica y se recopiló en el archivo Excel una serie de actividades formativas e investigadoras que no se recogen en el programa formativo español de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Estas actividades son las siguientes:

- Asistencia a congresos.
- Asistencia a cursos.
- Presentar comunicaciones científicas.
- Presentar publicaciones en revistas científicas.
- Dar ponencias.
- Premios.

Toda la recopilación de datos obtenidos se comparó con las actividades mínimas de aprendizaje clínico que se contemplan en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) a través del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Resultados

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social exige un total de 900 actividades clínicas para superar la formación como Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), englobando un conjunto de tareas de asistencia, diagnóstico, cuidados, supervisión, control, observación y asesoramiento.

Durante los dos años que dura el periodo de residencia se alternan rotatorios por Atención Especializada en los siguientes servicios: urgencias obstétrico-ginecológicas, hospitalización de mujeres gestantes de bajo riesgo, hospitalización de patología del embarazo, hospitalización de puérperas, consultas externas, unidad de fisiopatología fetal (monitorización), unidad de paritorio, unidad de neonatología, quirófano de ginecología. Además, también se alternan rotatorios en Atención Primaria desde los centros de salud donde se realizan programas y subprogramas de salud materno-infantil y salud sexual, reproductiva y climaterio[7].

En lo que respecta a los datos que se muestran en la Tabla 1 recogidos durante el periodo de residencia entre los años 2015-2017, cabe destacar el aumento global de las actividades clínicas de aprendizaje realizadas, siendo 1.471 el número total, objetivándose así un incremento del 63,44% con respecto al mínimo contemplado en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Gráfico 1).

Tabla 1. Comparación de las actividades de aprendizaje clínico en el Área Sanitaria de Ceuta entre los años 2015-2017 frente a las actividades mínimas de aprendizaje clínico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Comparación actividades de aprendizaje clínico en el Hospital de Ceuta y las actividades mínimas del Ministerio de Sanidad	Ceuta	Ministerio	Incremento neto
Entrevista y confección de la historia clínica de salud reproductiva	162	100	62%
Control y asistencia de mujeres gestantes que implique reconocimientos prenatales	164	100	64%
Asistencia a parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados	162	100	62%
Asistencia a partos eutócicos	129	80	61,25%
Supervisión y cuidado de mujeres con embarazos de alto riesgo	40	40	0%
Participar en la atención al parto instrumental o cesárea	60	20	200%
Supervisión, cuidado y reconocimiento de puérperas	170	100	70%
Supervisión, cuidado y reconocimiento de recién nacidos sanos	160	100	60%
Observación y cuidados del recién nacido que necesita cuidados especiales	20	20	0%
Toma de muestra para citologías, exámenes en fresco, cultivos vaginales y otros exámenes	248	150	65,33%
Asesoramiento y cuidado de mujeres en materia de ginecología	40	40	0%
Asesoramiento y cuidado de mujeres en materia de climaterio	24	20	20%
Detección y asesoramiento de mujeres que presenten infecciones de transmisión sexual (ITS)	92	30	206,67%

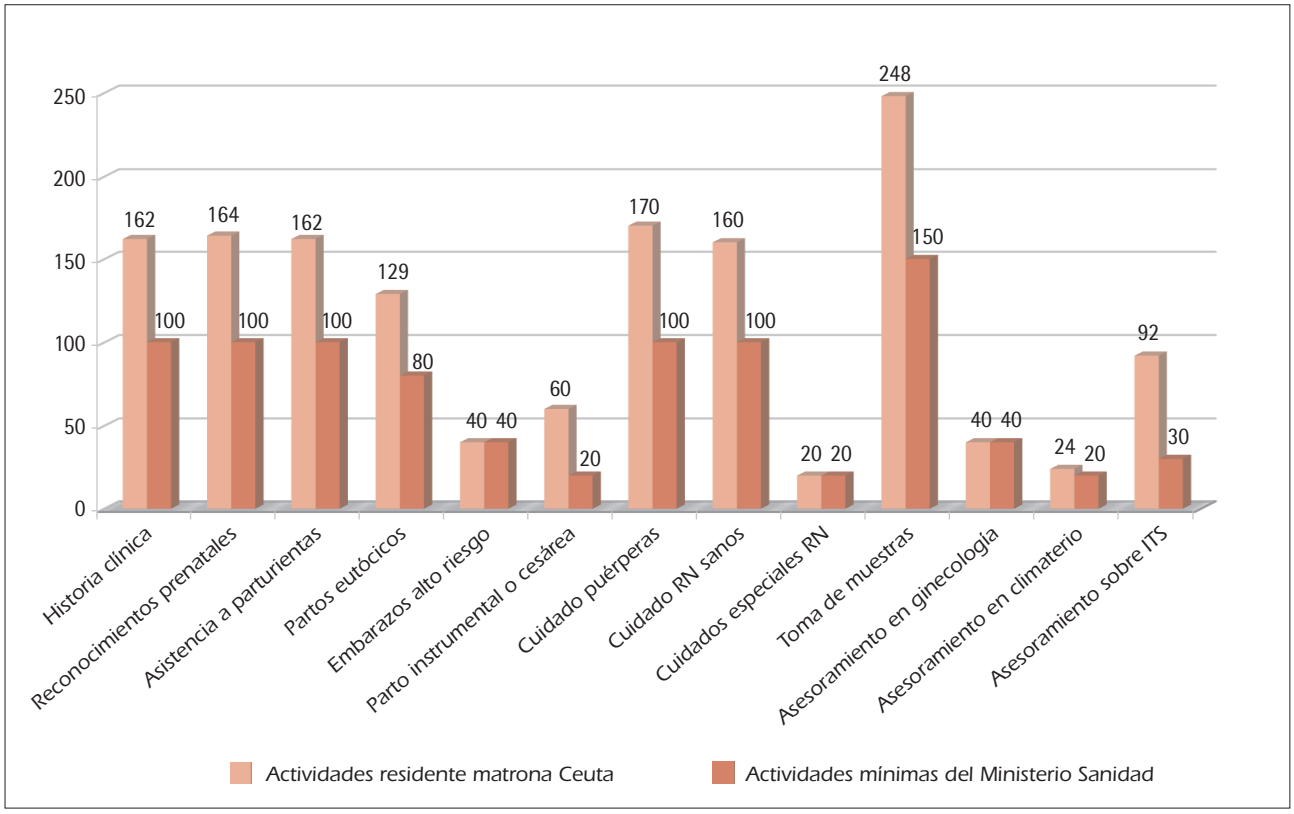


Gráfico 1. Comparación de las actividades de aprendizaje clínico en el Área Sanitaria de Ceuta entre los años 2015-2017 frente a las actividades mínimas de aprendizaje clínico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Los procedimientos llevados a cabo que ponen de manifiesto un aumento significativo entre el 60-70% son aquellos relacionados con la entrevista y confección de la historia clínica de salud, la asistencia a parturientas, el reconocimiento prenatal en mujeres gestantes, la supervisión cuidado y reconocimiento de recién nacidos sanos y de puérperas, así como la asistencia a partos eutócicos. Por su parte, en Atención Primaria se realizaron un total de 248 tomas de muestra para citologías, exámenes en fresco, cultivos vaginales y otros tipos exámenes, observándose un incremento del 65,33%.

Mención aparte merecen los resultados en relación a la participación activa en partos instrumentales o cesáreas, así como la detección y asesoramiento de mujeres que presenten ITS, los cuales despuntan de manera positiva con respecto al resto de actividades clínicas objetivándose el triple de lo requerido en cada una de ellas, suponiendo un incremento del 200% y 206,67% respectivamente.

El asesoramiento y cuidado de mujeres en materia de climaterio presenta un modesto incremento del 20%. Por su parte, las actividades relacionadas con el asesoramiento y cuidado de mujeres en materia de ginecología y la supervisión y cuidados tanto de mujeres con embarazos de alto riesgo, así como de recién nacidos que necesitan cuidados especiales, no conllevaron ningún acrecentamiento, aunque alcanzaron el mínimo exigible para el aprendizaje clínico.

En la Tabla 2 se recogen 55 registros de actividad científica realizadas de manera voluntaria y desinteresadamente por la residente de matrona, debido a que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social no reclama en la actualidad el cumplimiento de actividades en el área de la investigación científica.

Tabla 2. Actividades de formación e investigación científica llevadas a cabo por la residente de matrona de la Unidad Docente de Ceuta entre los años 2015-2017

Actividades de formación e investigación	Valores absolutos
Asistencia a congresos	12
Asistencia a cursos	13
Comunicaciones científicas	16
Publicaciones en revistas científicas	9
Ponencias	5
Premios	2

Discusión y conclusiones

El libro del residente se configura como un instrumento de registro y seguimiento de las actividades de aprendizaje clínico que se desarrollan durante el periodo de residencia[16]. Esta herramienta ha permitido la recogida de datos sobre las actividades que el residente de matrona realizó durante los años 2015-2017 en el Hospital Universitario de Ceuta para su valoración y análisis.

Para la obtención del título de especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona), el programa español determina los mismos objetivos para todas las unidades docentes del territorio nacional; sin embargo, existen diferencias en el cómputo final de las actividades clínicas realizadas, y una de las variables a tener en cuenta son las características intrínsecas del hospital o centro. En este caso concreto, el Hospital Universitario de Ceuta cuenta con ciertos convenios o conciertos de colaboración con hospitales de referencia en la península, ya sea por la escasez de recursos del hospital o por la propia naturaleza de los medios diagnósticos o terapéuticos[17]. Este hecho explica que no exista tanta facilidad para la residente de matrona en rebasar los objetivos mínimos en las actividades relacionadas con mujeres gestantes de alto riesgo obstétrico y neonatos que necesitan cuidados intensivos o especiales. Por consiguiente, con el propósito de optimizar los resultados globales, el programa formativo de la especialidad brinda la posibilidad de efectuar rotaciones externas a hospitales donde se pueda mejorar la carencia de ciertas actividades clínicas.

Por otro lado, para favorecer el aprendizaje de los conocimientos así como la adquisición de competencias, es necesario que se establezcan estrategias que fomenten el pensamiento crítico y permitan la integración de la formación teórico-práctica con la formación docente e investigadora. Para ello, se hace imprescindible que se tengan en consideración unas actividades científicas mínimas, siendo algunas de estas actividades la participación en congresos y eventos científicos relacionados con la especialidad, elaboración de proyectos de investigación así como publicaciones de comunicaciones y artículos científicos. Todo esto adquiere relevancia para que el residente de matrona base su práctica clínica en la mejor evidencia disponible, genere conocimiento científico en el campo propio de la obstetricia y ginecología y se encargue de difundir el conocimiento científico entre los profesionales de la salud y la población general.

Se puede confirmar, por lo tanto, que la forma más objetiva de evaluar la actividad clínica del residente de matrona es a través del libro guía del residente, además de informes de evaluación formativa y entrevistas periódicas con el tutor. Es preciso señalar la importancia de este último en cuanto al papel motivador y alentador para el residente, orientando durante los dos años del periodo formativo a nivel clínico e investigador para finalmente conseguir resultados excepcionales, como los alcanzados en el presente estudio.

En definitiva y a modo de conclusión; el 76,92% de las actividades de práctica clínica llevadas a cabo durante el periodo formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona en el Hospital Universitario de Ceuta, evidencian un incremento superior en contraste con las actividades mínimas de aprendizaje clínico que se contemplan en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) a través del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Agradecimientos

A mi tutor Luciano Rodríguez, por sus incansables horas dedicadas a sacar partido a mi formación y su manera de motivarme para aportar a mi trayectoria profesional. Gracias.

Bibliografía

1. Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 363, de 29 diciembre 1953. pp: 7723-7724. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf
2. Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aplica con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 132, de 2 junio 1992. pp: 18569-18772. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://www.boe.es/boe/dias/1992/06/02/pdfs/A18569-18572.pdf
3. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 129, de 28 de mayo de 2009. pp. 44697-44729. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-8881
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesionales sanitarias [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 280, de 23 de noviembre de 2003. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340
5. Real Decreto Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 280, de 20 de noviembre de 2008. pp. 46185 a 46320. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-8881
6. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 108, de 6 de mayo de 2005. pp.1-12. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-7354-consolidado.pdf
7. Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L. Libro de registro de actividades del residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Año 2019.
8. DOUE. Directiva 80/154/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matrona y que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios [internet]. Diario Oficial de las Comunidades Europeas 11. 2. 80 N° L 33/1. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31980L0154&from=es
9. DOUE. Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas [internet]. Diario Oficial de las Comunidades Europeas n° L 033 de 11 de febrero de 1980. p. 0008-0012. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A31980L0155
10. DOUE. Directiva 80/156 / CEE: Decisión del Consejo de 21 de enero de 1980 por la que se crea un Comité consultivo para la formación de matronas [internet]. Diario Oficial L 033, de 11 de febrero de 1980 p. 0013-0014. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1980-80028
11. International Confederation of Midwives. Definición de Matrona. 1º Versión 1972 [internet]. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/01.DEFINICION_MATRONA_ICM.pdf
12. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI) [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 138, de 10 de junio de 2017. [citado 8 mar 2021]. Disponible: https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-6586-consolidado.pdf
13. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 240, de 7 de octubre de 2006. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498

14. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 45, de 21 de febrero de 2008. pp. 10020-10035. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176
15. Orden SCO 581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, la figura del jefe de estudios de formación especializada y el nombramiento del tutor [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 56, de 5 de marzo de 2008. pp. 13586-13587. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2008/03/05/pdfs/A13586-13587.pdf
16. Serra X, Navarro S, Hermoso J, Miguelena JM, Ramos JL, Martín E, et al. Estudio prospectivo, multicéntrico sobre la actividad de los residentes de cirugía general y del aparato digestivo en España a través del libro informático del residente. CIR ESP [internet]. 2012 [citado 8 mar 2021]; 90(8):518-24. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X12002254?via%3Dihub
17. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) [internet]. Área Sanitaria de Ceuta. 2020. [citado 8 mar 2021]. Disponible en: http://www.areasanitariaceuta.es/area-salud-ingesa-ceuta/

Epilepsia en el embarazo

Alejandra Inés Franco-Villalba

[1] *Matrona. Servicio de paritorio. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

E-mail: alodiaines@hotmail.com

Fecha de recepción: 5 de abril de 2020.
Fecha de aceptación: 5 de marzo de 2021.

Cómo citar este artículo:
Franco-Villalba AI. Epilepsia en el embarazo. Matronas Hoy 2021; 9(1):24-7.

Resumen

Una crisis epiléptica se define como la manifestación clínica de una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica de carácter autolimitado. La clínica varía en función del área cerebral afectada por la crisis, pudiendo desembocar en manifestaciones sensitivas, psíquicas o motoras.

El embarazo conlleva cambios físicos en la mujer que pueden finalizar en la activación de condiciones médicas ya existentes anteriormente o a la descompensación de patologías. En la mujer embarazada, la epilepsia se considera el segundo trastorno neurológico de mayor frecuencia, pudiendo afectar hasta el 1% de las mujeres en edad reproductiva, aumentando la morbi-mortalidad materna y fetal.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es realizar una actualización sobre el manejo de la mujer diagnosticada de epilepsia durante el trascurso del embarazo, haciendo hincapié en el correcto manejo de la enfermedad desde la etapa preconcepcional hasta la lactancia.

Palabras clave: epilepsia; embarazo; manejo.

Abstract

Epilepsy in pregnancy

An epileptic seizure is defined as a clinical manifestation resulting from excessive and hypersynchronous neuronal firing which is self-limited. Clinical features vary according to the brain area affected by the seizure, and may result in sensitive, psychic, or motor manifestations.

In women, pregnancy entails physical changes that may lead to the activation of previously existing medical conditions or to the decompensation of diseases. In pregnant women, epilepsy ranks second in frequency among the neurological disorders, affecting up to 1% of women in childbearing age. Epilepsy increases maternal and fetal morbidity and mortality.

The current literature review aims at providing an update on the management of women diagnosed with epilepsy during pregnancy, with special emphasis on the correct management of the disease from preconception to lactation.

Key words: *epilepsy; pregnancy; management.*

Introducción

Las crisis convulsivas en las mujeres embarazadas diagnosticadas de epilepsia tienen una gran relevancia, considerándose gestación de alto riesgo por la elevada incidencia de resultados obstétricos adversos que conlleva. Las crisis convulsivas tienen una gran importancia materno fetal y han de ser tratadas como una urgencia vital durante la gestación y tratarlas en todos los casos[1].

La epilepsia es considerada el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la migraña. Aproximadamente 1 de cada 200 mujeres gestantes presenta epilepsia (0,5%) y el 95% toma tratamiento antiepiléptico. Durante el embarazo la frecuencia de las convulsiones permanece sin cambios en el 60% de las mujeres gestantes epilépticas, aumenta en el 20% y disminuye en el 20%[1].

Respecto a la farmacoterapia, los fármacos utilizados varían en función del tipo de convulsión que presente la mujer embarazada. Los antiepilépticos clásicos, tales como ácido valproico, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona, etosuximida y clonazepam, son capaces de controlar el 70-80% de casos de epilepsia cuando se emplean en monoterapia. Los fármacos antiepilépticos nuevos autorizados para su uso en monoterapia (lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, levetiracetam…) probablemente controlan a un porcentaje similar[1]. El uso de ácido fólico, junto con la medicación en monoterapia a bajas dosis, ha de comentarse con la paciente para que esta comprenda los riesgos y beneficios derivados de su toma[2].

Respecto al ácido fólico, se recomienda su implementación en altas dosis (de 4 a 5 mg) un mes antes del embarazo y durante toda la gestación (sobre todo durante el primer trimestre, cuando los defectos del tubo neural y las malformaciones congénitas mayores se dan en mayor medida)[3].

En las mujeres gestantes con epilepsia no tratadas, la frecuencia global de malformaciones congénitas oscila aproximadamente entre 2-4% y en las tratadas es alrededor del 6%. Algunos estudios muestran que la presencia epilepsia no aumenta el riesgo de malformaciones en el feto. Por otro lado, una vez comenzado el embarazo no está justificado cambiar el tratamiento farmacológico si este ha resultado efectivo[1].

El periodo gestacional considerado el más susceptible para presentar malformaciones congénitas en el feto es el que abarca entre la tercera y octava semana después de la concepción. Por ello no se recomienda cambiar el tratamiento farmacológico fuera de esta etapa debido a que en la mayoría de los casos el periodo organogénico ya ha pasado[3].

En toda mujer gestante con epilepsia que desea un embarazo, este habrá de ser programado cuando las crisis epilépticas se encuentren controladas, para que así la morbimortalidad maternofetal y el riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con las crisis epilépticas en el embarazo y postparto se vean reducidas en un 50 a 70%[3].

Durante el embarazo el principal objetivo del tratamiento será el control de las crisis epilépticas minimizando los riesgos fetales.

En cuanto a la aparición de crisis convulsivas durante la gestación es importante considerar el efecto nocivo que tienen las convulsiones tanto para la mujer embarazada como para el feto, con mayor riesgo de abortos, epilepsia en el recién nacido y retraso en el desarrollo[4].

Las malformaciones congénitas mayormente relacionadas al tratamiento anticonvulsivante en las mujeres embarazadas son las asociadas al desarrollo del tubo neural (aquí radica la importancia de la toma de ácido fólico), anomalías esqueléticas, defectos congénitos del corazón y del tracto urinario y paladar hendido[4].

Durante el trabajo de parto, casi un 1-2% de mujeres gestantes epilépticas presentan crisis tónicoclónicas, siendo imprescindible la continuación del tratamiento a lo largo de la dilatación. Durante las primeras 24 horas postparto las mujeres han de ser reevaluadas, ya que existe el riesgo de aparición de crisis convulsivas en un 1-2%[1]. Por otro lado, es importante conocer la relación inversa entre años libres de crisis convulsivas previos al embarazo y la probabilidad de presentar convulsiones durante y después de la gestación[4].

Respecto a la elección de la vía de parto, esta dependerá de las condiciones obstétricas de la mujer, siendo de elección el parto por vía vaginal aunque en mujeres gestantes con convulsiones epilépticas frecuentes acontecidas en el último trimestre de gestación o en mujeres con antecedente de estatus epiléptico ante estrés severo podría llevarse a cabo una cesárea electiva[4].

Respecto a la lactancia materna, esta no está contraindicada en las mujeres con epilepsia. No obstante, se trata de un tema que genera gran preocupación entre las mujeres embarazadas y puérperas con epilepsia, lo que deriva en que esta sea una población que por decisión propia opte por no dar el pecho o que el periodo de lactancia sea menor que la población general[3]. No existe evidencia científica que ponga de manifiesto los efectos en el recién nacido ante la exposición a esta medicación anticonvulsivante durante la lactancia materna y el riesgo de potencial toxicidad hepática o hemática en el recién nacido es muy bajo. Las guías clínicas recomiendan a las madres con epilepsia dar el pecho, puesto que los beneficios serán mayores que los posibles efectos adversos derivados del paso del medicamento a la leche materna[3,4].

No obstante, la falta de sueño en la madre y su relación con la aparición de crisis convulsivas hace que se desaconseje en ocasiones[1]. Por ello, es fundamental el papel del personal

especialista en obstetricia y ginecología y en mayor parte de las matronas, para apoyar a las mujeres que presenten dificultades.

Por otro lado, es recomendable informar a las mujeres gestantes en la importancia de dividir la dosis total del tratamiento en varias tomas, para así asegurarse de que la cantidad que pase a la leche sea la mínima posible, así como dar de mamar después de unas horas de haber tomado la medicación[1].

Un correcto manejo de la epilepsia en mujeres en edad reproductiva que desean la gestación es imprescindible para prevenir efectos adversos, desde la etapa preconcepcional hasta la lactancia[3]. Aunque se lleven a cabo las prevenciones adecuadas ha de tenerse en cuenta la necesidad de controles ecográficos y sanguíneos por parte del equipo médico para así descartar malformaciones congénitas en el feto[4].

Como colofón, ante toda mujer diagnosticada de epilepsia con deseo de gestación que pregunte al equipo médico su opinión acerca de la idoneidad de un embarazo, se debe de insistir en la importancia de no abandonar nunca de forma abrupta la medicación y ha de derivarse a consulta de ginecología y obstetricia para un correcto seguimiento, informando de que aunque el embarazo sea considerado un evento fisiológico han de estar controladas en todo momento por la posibilidad de aparición de complicaciones, ya que las mujeres embarazadas con tratamiento anticonvulsivante pueden tener partos acontecidos antes de la semana 34 de gestación[5].

Por otro lado, se recomendará la preferencia en administración de medicación considerada como segura y menos teratogénica en combinación con el ácido fólico. Habrá de informarse a la mujer que aunque el embarazo es considerado una situación de riesgo tanto para la madre como para el feto, el porcentaje de eventos graves es bajo, y que toda mujer puérpera con deseo de llevar a cabo lactancia materna puede realizarlo (los últimos estudios demuestran que la primidona y el levetiracetam pueden pasar a la leche materna, mientras que otros fármacos como el fenobarbital, el ácido valproico, la carbamazepina y la fenitoína se consideran más seguros)[6,7].

Objetivos

Conocer las medidas de actuación segura para ofrecer una correcta atención a las mujeres embarazadas con diagnóstico de epilepsia en las consultas de obstetricia.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos en inglés, francés y castellano, entre ellas Elsevier, Scielo, Cochrane o Pubmed, seleccionando aquellos artículos de más reciente aparición, además de consultar guías clínicas de obstetricia de hospitales españoles y extranjeros.

Resultados-conclusiones

Al tratar a una mujer afectada de epilepsia con deseo de gestación o ya embarazada resulta necesario explicar los riesgos que conlleva el embarazo a consecuencia de la clínica de la enfermedad o por los fármacos anticonvulsivantes utilizados como tratamiento antiepiléptico.

La mujer ha de ser siempre correctamente informada antes de la gestación sobre los posibles efectos que las crisis convulsivas o los fármacos antiepilépticos tomados pueden tener tanto sobre la enfermedad -como un posible aumento en la frecuencia de las crisis epilépticas- como para el feto -aumento en la tasa de aborto, teratogenicidad y malformaciones congénitas, prematuridad...-[1].

Por ello, resulta de vital importancia acudir a la consulta preconcepcional para el ajuste de fármacos y la disminución de su uso, llegando a monoterapia con la menor dosis, evitando en la medida de lo posible la utilización de varios fármacos conjuntamente e informando de que nunca ha de suspenderse de manera precipitada la medicación. En cuanto a las recomendaciones generales, resulta de vital importancia comenzar en la etapa preconcepcional con un correcto aporte de ácido fólico, incluso meses antes de producirse el embarazo, en dosis altas para prevenir efectos del tubo neural, así como enfatizar en la adherencia al tratamiento. A pesar de realizar las prevenciones adecuadas se debe tener presente la necesidad de control frecuente por el médico especialista y de efectuar ecografías prenatales en búsqueda de malformaciones congénitas[4], e informar a la mujer embarazada de que a pesar de que el embarazo puede presentar algunos riesgos materno-fetales como parto prematuro, algunas complicaciones obstétricas y riesgo de teratogenicidad, el porcentaje de complicaciones es bajo[5].

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Guía clínica de epilepsia y gestación [internet]. Barcelona: Servicio de Medicina Materno-fetal del Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología del Hospital Clínic de Bar-

celona [citado 8 mar 2021]. Disponible en: https://medicina-fetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf

2. Andrade R, Goicoechea A. Guías de prácticas clínicas para la atención y el manejo de los problemas médicos de las mujeres con epilepsia. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2013; 3(2):172-95.
3. Bistre M, Vázquez R. Epilepsia en el embarazo. Arch Neurocien (Mex). 2013; 18(2):82-91.
4. Navarrete D, Pérez P, Pinochet T, Hernández M. Manejo de la mujer con epilepsia durante el embarazo. Recomendaciones según la evidencia actual. Rev. Obstet. Ginecol. 2017; 12(1):31-6.
5. Palacios E, Cárdenas K. Epilepsia y embarazo. Guía de práctica neurológica en el embarazo. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2015; 24(4).
6. Epilepsy in Pregnancy. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Green-top Guideline 2016; 68.
7. Toudou M, Samaila A, Obenda N, Mejbar M, Assadeck H. Épilepsie et grossese: revue de la littérature. African Journal of Neurological Sciences. 2016; 35(1).

Curso gratuito

Curso online COVID-19

Formación para profesionales de Enfermería ante la emergencia sanitaria

Primer curso 100% online sobre COVID-19 que aúna enfoque multidisciplinar, experiencia profesional y conocimiento científico-técnico

Curso de formación online y 100% gratuito destinado al personal sanitario y, en especial, a enfermeros y enfermeras que están luchando en primera línea contra la COVID-19.

Cada alumno puede realizar el curso a su ritmo. El curso tiene una duración de 8 horas y está dividido en tres módulos principales que ofrecen lecciones altamente prácticas de aplicación inmediata sobre ejes de relevancia dentro del contexto sanitario español.

Este curso es reconocido por el Consejo General de Enfermería como de interés profesional y formativo.

Accede al curso en:
https://www.auladae.com/curso-gratuito-covid-19/

Generation SPAIN

grupoparadigma

United Way

United Way España

[1] Sara Jiménez Siles
[2] Juan Oropesa Ropero

Suplementación de vitamina D en mujeres embarazadas y riesgo de preeclampsia

[1] *Matrona AP. OSI Bilbao-Basurto. Vizcaya.* *E-mail: Sara51295@hotmail.es*
[2] *Matrón. Hospital General Universitario San Jorge. Huesca.*

Fecha de recepción: 16 de febrero de 2021.
Fecha de aceptación: 9 de marzo de 2021.

Cómo citar este artículo:
Jiménez Siles S, Oropesa Ropero J. Suplementación de vitamina D en mujeres embarazadas y riesgo de preeclampsia. Matronas Hoy 2020; 9(1):29-36.

Resumen

Introducción: la deficiencia de vitamina D en mujeres embarazadas se ha asociado a mayor riesgo de preeclampsia. A pesar de esto, aún existe controversia sobre la eficacia y beneficios de la suplementación con vitamina D. Para evaluar el impacto de su uso en mujeres embarazadas se realiza una revisión de la literatura.

Objetivo: determinar si la suplementación con vitamina D en mujeres embarazadas repercute sobre el riesgo de preeclampsia y diabetes gestacional en el embarazo.

Método: revisión de la literatura. Se realizó una primera búsqueda en diferentes bases de datos donde fueron seleccionados 23 artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se llevó a cabo una lectura crítica, tras la cual fueron seleccionadas siete revisiones sistemáticas.

Resultados: de las siete revisiones sistemáticas incluidas la mayoría de ellas obtuvo como resultado que suplementar a las mujeres embarazadas con vitamina D durante el embarazo probablemente reduzca el riesgo de preeclampsia y la diabetes gestacional. Sin producir efectos adversos importantes ni afectar negativamente al desarrollo del embarazo o feto.

Discusión: existe una gran heterogeneidad entre los diseños de los estudios, si bien la evidencia parece inclinarse hacia un efecto protector en mujeres suplementadas.

Conclusión: aunque la suplementación con vitamina D parece disminuir los riesgos de padecer preeclampsia o diabetes gestacional, los datos deben ser interpretados con cautela, ya que la información disponible es limitada debido a la heterogeneidad de los estudios, la variedad de diferentes dosis usadas en los trabajos, las múltiples variables que pueden afectar a la absorción y metabolización de vitamina D y a la falta de significación de los resultados. Por ello, se sugiere seguir investigando.

Palabras clave: vitamina D; preeclampsia; prevención primaria.

Abstract

Vitamin D supplements and risk of preeclampsia in pregnant women

Introduction: *vitamin D deficiency in pregnant women has been associated with an increased risk of preeclampsia. However, efficacy and benefits of vitamin D supplements continue to be controversial. A literature review was carried out to evaluate the impact of vitamin D supplements in pregnant women.*

Purpose: *to establish whether vitamin D supplements in pregnant women have an impact on the risk of preeclampsia and gestational diabetes in pregnancy.*

Methods: *a literature review was performed. An initial search was carried out in several databases which resulted in 23 articles being selected based on the inclusion and exclusion criteria. A critical reading was carried out, leading to a final selection of seven systematic reviews.*

Results: *most of the seven systematic reviews included showed that vitamin D supplementing during pregnancy probably reduced the risk of preeclampsia and gestational diabetes. Vitamin D supplements did not cause important adverse effects and had no adverse impact on the development of the pregnancy or on the fetus.*

Discussion: *study designs are very heterogeneous, but the evidence seems to lean towards a protective effect in women receiving vitamin D supplements.*

Conclusion: *although vitamin D supplements seem to reduce the risks of preeclampsia or gestational diabetes, current data should be interpreted with caution, since the available information is limited due to the heterogeneity of the studies, the variety of doses used in the studies, the multiple variables that can affect the absorption and metabolism of vitamin D, and the non-significant results. Therefore, further research is suggested.*

Key words: *vitamin D; preeclampsia; primary prevention.*

Introducción

La vitamina D es una vitamina liposoluble que se obtiene principalmente de la exposición solar y además se encuentra naturalmente en algunos alimentos como el pescado, los huevos, el hígado, etc. Hay dos formas fisiológicas activas de la vitamina D, D_2 y D_3.

La vitamina D_2, también llamada ergocalciferol, es sintetizada por las plantas, mientras que la vitamina D_3, también llamada colecalciferol, se produce por vía subcutánea en los seres humanos a partir del 7-dehidrocolecalciferol tras la exposición a la radiación de luz ultravioleta B. La vitamina D en suplementos se encuentra también como vitamina D_2 o D_3. Siendo esta última tres veces más efectiva que la vitamina D_2. Además, sus metabolitos tienen una afinidad superior por las proteínas de unión a la vitamina D en el plasma. Como la vitamina D tiene una vida media corta, es necesaria una ingesta adecuada de vitamina D para garantizar niveles circulantes sostenidos.

Ambas vitaminas tienen un metabolismo similar. Son primero hidroxiladas en el hígado a 25 hidroxivitamina D (calcitriol) en respuesta a los niveles de la hormona paratiroidea (PTH). El calcitriol es considerado una importante pre-hormona con metabolitos activos que están involucrados en procesos metabólicos.

Los principales lugares de acción de la vitamina D incluyen la piel, el intestino, el hueso, la glándula paratiroides, el sistema inmune y el páncreas, así como el intestino delgado y colon en el feto humano.

Además, la vitamina D ayuda a mantener niveles normales de glucosa en la sangre, uniendo y activando el receptor de vitamina D en las células beta pancreáticas, regulando la liberación de insulina en respuesta al nivel de glucosa circulante.

La vitamina D también afecta indirectamente al metabolismo de la glucosa a través de la regulación de la homeostasis del calcio.

Existe una relación única entre la vitamina D y el calcio. La PTH es responsable de elevar la concentración de calcio en la sangre a través de la resorción ósea, mientras que el calcitriol inhibe la PTH y permite un aumento de la concentración de calcio sérico de fuentes distintas al hueso. En presencia de calcitriol, la absorción renal e intestinal de calcio y fósforo aumenta, lo que conduce a un mejor estado del calcio.

La deficiencia de vitamina D se estima que tiene una prevalencia del 40% entre mujeres embarazadas y también es muy común durante la lactancia. En los países mediterráneos, donde la deficiencia de vitamina D es aún más prevalente (hasta 60-80%), ni la suplementación con vitamina D. A medida que avanza el embarazo, aumentan las necesidades de vitamina D y, en consecuencia, cualquier deficiencia preexistente de vitamina D puede empeorar. Su déficit se ha asociado con una prevalencia aproximadamente dos veces mayor de enfermedades congénitas, defectos cardiacos y una mayor incidencia de aborto espontáneo, diabetes gestacional, vaginosis bacteriana y depresión materna.

La concentración durante el inicio del embarazo parece estar asociada con cambios más pronunciados en el colesterol total y el colesterol de lipoproteínas de baja densidad durante la gestación, y con un mayor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos[1].

Recientemente el Instituto de Medicina (IOM) ha definido la cantidad adecuada de vitamina D como concentraciones séricas de 25-hidroxivitamina D mayor que 50 nmol/L (o 20 ng/mL) tanto en la población general y mujeres embarazadas.

Algunos investigadores proponen que las concentraciones alrededor de 80 nmol/L (32 ng/mL) son óptimas, ya que suprimen los niveles de PTH y conducen a una mayor cantidad de absorción de calcio y, por tanto, masa ósea más alta, reduciendo las tasas de pérdida ósea, caídas y fracturas. No se sabe si estos niveles más altos propuestos para los adultos también son adecuados para mujeres embarazadas.

La vitamina D se ve afectada por factores que regulan su producción en la piel (como la pigmentación, estación del año, protección solar, etc.) y por factores que afectan su absorción o metabolismo. La melanina actúa como filtro para los rayos ultravioleta reduciendo la producción de vitamina en la piel, lo que explica la diferencia de concentraciones de diferentes grupos étnicos que conviven en la misma área geográfica.

La vitamina D durante el embarazo es muy importante, ya que el feto depende completamente de esta fuente para su desarrollo. Durante el embarazo, la 1,25 dihidroxivitamina D aumenta al principio del embarazo y sigue aumentando hasta el parto. Este gran el aumento de 1,25-dihidroxivitamina D parece ser dependiente de los niveles de 25-dihidroxivitamina D disponibles, pero independientemente del metabolismo del calcio, que es una característica única del embarazo que permite niveles tan altos de 1,25-dihidroxivitamina D. Por lo tanto, mantener niveles suficientemente altos de 25- dihidroxivitamina D es importante para mantener los niveles elevados de 1,25-dihidroxivitamina D durante el embarazo.

Vitamina D y su relación con alteraciones hipertensivas durante el embarazo

La deficiencia de vitamina D materna durante el embarazo se ha asociado a un incremento del riesgo de preeclampsia (hipertensión y proteinuria producida después de la semana 20 de gestación), asociándose, por tanto, con un incremento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Los bajos niveles de calcio urinario (hipocalciuria) en mujeres con preeclampsia pueden deberse a una reducción en la absorción intestinal de calcio que se ve afectada por niveles bajos de vitamina D.

Además, la preeclampsia y las bajas concentraciones de vitamina D en sangre están asociadas directa e indirectamente a través de mecanismos biológicos incluyendo disfunción inmunológica, implantación placentaria, angiogénesis anormal, inflamación excesiva e hipertensión.

La vitamina D puede influir en el desarrollo placentario temprano y, por lo tanto, en el desarrollo de preeclampsia a través de su papel en la regulación y expresión genética.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad a largo plazo y muerte tanto de las madres como de sus bebés. En el ámbito mundial, representan aproximadamente el 14% de todas las muertes maternas, mientras que en América Latina y el Caribe contribuyen a aproximadamente el 22% de todas las muertes maternas.

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia se destacan como causas principales de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. La mayoría de las muertes por preeclampsia y eclampsia se pueden evitar mediante la prestación de atención oportuna y eficaz a las mujeres que presentan estas complicaciones[2].

La preeclampsia se caracteriza por placentación anormal y vasculitis en la madre que conduce a hipertensión, proteinuria y a menudo función hepática anormal que afecta al crecimiento y el desarrollo. A menudo requiere un parto temprano del feto y sigue siendo la principal causa de parto prematuro. Este trastorno hipertensivo puede progresar a eclampsia o convulsiones maternas, asociadas a una importante morbilidad y mortalidad. Hasta la fecha no existe ninguna medida de tratamiento para esta afección que no sea la finalización del embarazo. Si bien la etiología de esta grave afección del embarazo permanece desconocida y sin tratamiento definitivo que no sea la finalización, hay estudios que sugieren que hay un trastorno en la placentación y la función placentaria al principio del embarazo que se manifiesta semanas después con un trastorno hipertensivo[3].

Varios estudios parecen correlacionar un nivel bajo de vitamina D en mujeres embarazadas con una predisposición a un desarrollo anormal de la placentación y elevación de la presión arterial[4].

Asociación con otras patologías gestacionales

Las bajas concentraciones de vitamina D en sangre al comienzo del embarazo se han asociado con un riesgo elevado de diabetes mellitus gestacional. El control deficiente de la diabetes materna al principio del embarazo está inversamente correlacionado con el bajo contenido mineral óseo en los bebés, por el bajo nivel de vitamina D materna. La deficiencia de vitamina D materna puede conducir a un alto recambio óseo, pérdida ósea, osteomalacia (endurecimiento de los huesos) y miopatía en la madre y neonato, además de deficiencia de vitamina D en el niño.

La diabetes gestacional (DG) se asocia con riesgos maternos y neonatales. Varios estudios concluyen que mujeres embarazadas con DG en comparación con embarazadas normoglucémicas tenían probabilidades significativamente mayores de recién nacidos de bajo peso al nacer, parto por cesárea y preeclampsia. También se ha establecido una asociación positiva entre hiperglucemia e inducción del trabajo de parto, recién nacido grande para la edad gestacional, macrosomía y distocia de hombros[5].

Toxicidad de la vitamina D

El exceso de vitamina D conduce a hipercalcemia (los niveles de calcio son 10,5 mg / dL o más) e hipercalciuria (excreción urinaria de calcio excede los 250 mg/día en mujeres), que se asocia con enfermedades y cálculos renales. La toxicidad en adultos suele aparecer en dosis de vitamina D superiores a 10.000 unidades internacionales (UI)/día (250 mcg/día), aunque la mayoría de las pruebas se basan en exposiciones a corto plazo (menos de seis meses). Suplementos monodosis que proporcionan 7,5 mg (300.000 UI) o más también pueden ser perjudiciales.

El potencial de teratogénesis inducida por vitamina D (defectos de nacimiento) y eventos adversos en el feto (p. ej.: restricción del crecimiento, retraso osificación, hipoplasia craneofacial) ha sido sugerida por algunos estudios en ratas y conejos. Su extrapolación a seres humanos tiene bastantes limitaciones, existen pocos estudios en mujeres embarazadas que hayan evaluado la seguridad de la suplementación con vitamina D. En general, los estudios en animales y humanos muestran que es poco probable que se produzca un exceso fetal de metabolitos de la vitamina D cuando las concentraciones maternas están dentro de un rango normal.

Todas estas acciones son posibles, en parte, gracias al aumento de niveles séricos de 1,25 dihidroxivitamina D (la forma activa de vitamina D) durante el embarazo, que aumentan desde el inicio del mismo hasta parto, pero son particularmente altos durante el primer y segundo trimestre. Esta forma activa de vitamina D resulta de la hidroxilación de 25 hidroxivitamina D por el enzima 1α-hidroxilasa (CYP27B1), que se produce en los riñones maternos. Además, la 1,25-dihidroxivitamina D también puede ser sintetizada localmente por la placenta. Por lo tanto, hay dos acciones diferentes de la vitamina D durante el embarazo: una acción endocrina a través del aumento sérico de niveles de 1,25 dihidroxivitamina D y autocrinos o acciones paracrinas en la placenta.

La recomendación de cuantía difiere entre las diferentes organizaciones. La OMS establece una recomendación de 200 UI/d en mujeres embarazadas. En cambio, el Instituto de Medicina de Estados Unidos lo establece en 600 UI/d, llegando incluso a elevarse a 800 UI la recomendación en países como Alemania y Suiza, e incluso superior en otros países en función del origen étnico de la mujer gestante.

La seguridad de tales dosis no ha sido probada, además de los efectos dosis-respuesta de la suplementación con vitamina D en diversos tratamientos maternos y neonatales[6].

Por lo tanto, se considera apropiado y necesario realizar más estudios y una revisión de la literatura sobre el tema en cuestión, para así llegar a establecer rangos seguros de dosificación.

Esta revisión de la literatura se centrará en evaluar la evidencia disponible al respecto para intentar concretar los rangos seguros y óptimos de vitamina D durante el embarazo. A la vez que conocer su relación con enfermedades características del embarazo, como puedan ser la preeclampsia y la diabetes gestacional. Mejorando así los resultados en la salud de las mujeres embarazadas.

Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura basada en siete artículos, todos ellos revisiones sistemáticas publicadas en los últimos cinco años. El método se llevó a cabo según el siguiente proceso: en la primera fase de búsqueda, basada en los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 23 resultados, el resto fue excluido por no cumplir los mismos. Finalmente, en la segunda fase, tras lectura crítica, se incluyeron siete de esos 23 el resto fue excluido por no cumplir criterios de calidad, no ajustarse a las variables predeterminadas, etc.

Pregunta de búsqueda

En mujeres embarazadas, la suplementación de vitamina D frente a la no suplementación ¿disminuye el riesgo de preeclampsia?, ¿disminuye el riesgo de diabetes gestacional?, ¿es dosis-dependiente?, ¿cuál es la dosis óptima?

Fuentes:

1. Guías de práctica clínica: Guía Salud/NICE/The Royal College of Midwives (RCM).
2. Revisiones sistemáticas/ETS: Resúmenes Cochrane/Cochrane Plus/CRD - Centre for Reviews and Dissemination/Epistemonikos/Trip/PubMed/NIHR.
3. Metabuscadores: Trip/PubMed/Epistemonikos/Portal de Evidencias BVS.
4. Bases de datos bibliográficas: CINAHL/PubMed/Scielo/Medes/LILACS.

Criterios de inclusión y exclusión de estudios

Inclusión

- Mujeres embarazadas independientemente de su edad gestacional, raza/etnia, color de piel, IMC antes del embarazo.
- Mujeres nulíparas y multíparas.
- Mujeres con cualquier dosis de suplementación de vitamina D.
- Mujeres sin suplementación de vitamina D.
- Embarazos bien controlados.
- Embarazos únicos.
- Estudios en español o inglés.
- Estudios publicados a partir de 2015.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios de intervención de calidad.

Exclusión

- Mujeres embarazadas con enfermedades preexistentes.
- Embarazos gemelares.
- Estudios de baja calidad.
- Estudios de idioma diferente a español o inglés.

Resultados

Tras aplicar los criterios comentados con anterioridad fueron seleccionados siete estudios. Todos ellos estudiaron las variables anteriormente mencionadas dividiendo en varios grupos según grupo control o grupos suplementados con vitamina D a diferentes dosis.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Una revisión sistemática publicada en 2018 incluyó 30 ensayos con un total de 7.033 mujeres en los que se compararon varias variables entre las que se encuentran las del presente estudio.

22 de estos ensayos con 3.725 mujeres embarazadas compararon la suplementación con vitamina D *versus* placebo. Los estudios incluidos en esta revisión usaron diferentes dosis de vitamina D variando desde 200 UI/día hasta 4.000/día, y en algunos casos con frecuencias de administración diferentes (diarias, semanales, en bolo) y edad gestacional diferente al inicio de la suplementación.

Cuatro de estos ensayos con 499 mujeres encontraron que la suplementación con vitamina D probablemente reduzca el riesgo de preeclampsia comparado con ninguna intervención o placebo (risk ratio -RR 0,48, 95% CI 0,30 to 0,79-).

Datos de otros cuatro de estos estudios con una muestra de 446 mujeres embarazadas encontraron que la suplementación con vitamina D probablemente reduzca el riesgo de diabetes gestacional comparado con mujeres que no recibieron intervención o placebo (RR 0,51, 95% CI 0,27 to 0,97)[7].

Una segunda revisión sistemática incluida en esta revisión de la literatura incluyó datos de 30 estudios con un total de 7.289 mujeres. Realizó dos grupos de comparación en función de la dosis de vitamina D administrada.

Compararon una dosis de vitamina D de 601 UI/d o mayor, frente a 600 UI/ o menor. En total 19 ensayos con 5.214 mujeres fueron incluidas en esta comparación. No pudieron establecer subgrupos en función de la pigmentación de la piel por falta de datos.

De estos, cinco estudios obtuvieron datos sobre preeclampsia. Con una muestra de 1.553 mujeres que sugería que había una pequeña diferencia o ninguna en el riesgo de preeclampsia para las mujeres que recibieron 601 UI/d o más comparado con aquellas que recibieron una dosis menor (risk ratio (RR) 0,96, 95% intervalo de confianza (CI) 0,65 a 1,42). Los subgrupos de análisis no parecieron mostrar un diferente efecto según el tiempo de inicio de la suplementación. No hubo datos suficientes para analizarlos según IMC pregestacional o estación del año al inicio de la suplementación.

En cuanto a la diabetes gestacional, datos de cinco estudios fueron extraídos. Con una muestra de 1.846 mujeres estos trabajos sugerían que las mujeres que recibieron 601 UI/d o más probablemente tengan un menor riesgo de diabetes gestacional comparado con aquellas mujeres que recibieron 600 UI/d o menos (RR 0,54, 95% CI 0,34 to 0,86).

Un subgrupo de análisis no pareció mostrar un efecto diferente según el momento de inicio de la suplementación. No hubo ensayos suficientes para analizar la frecuencia de suplementación o según IMC pregestacional.

Por otro lado, también analizaron datos de otros cuatro estudios con 1.656 mujeres buscando relación con hipertensión gestacional. No encontraron diferencias significativas en el riesgo de hipertensión gestacional entre aquellas mujeres que recibieron 601 UI/d o más comparado con aquellas que recibieron una dosis menor (RR 1,10, 95% CI 0,63 to 1,91).

Esta misma revisión se comparó la administración de vitamina D con una dosis de 4.000 o más IU/d, frente a una dosis de 3.999 IU/d o menos. Un total de 15 estudios con 1.763 mujeres fueron incluidas en esta comparación. No pudieron formar subgrupos de análisis según pigmentación de la piel o análisis de la latitud, ya que ninguno de los estudios recogía estos datos.

Datos de cuatro estudios con una muestra de 1.903 mujeres mostraron pequeña o no diferencias entre el riesgo de sufrir preeclampsia entre aquellas mujeres que habían recibido 4.000 IU/d o más de vitamina D comparado con aquellas que recibieron 3.000 IU/d o menos (RR 0,87, 95% CI 0,62 to 1,22). Un análisis de subgrupos pareció no mostrar una diferencia de efecto según el tiempo de inicio de suplementación con vitamina D, o la frecuencia de suplementación, o estación del año.

Para el resultado diabetes gestacional, datos de cinco ensayos con 2.276 mujeres sugirieron pequeñas o ninguna diferencia en riesgo de padecer diabetes gestacional entre aquellas mujeres que habían recibido 4.000 IU/d o más de vitamina D comparado con aquellas que recibieron 3.999 IU/d o menos (RR 0,89, 95% CI 0,56 to 1,42). Un análisis de subgrupos pareció no mostrar una diferencia de efecto según el tiempo de inicio de suplementación con vitamina D, o la frecuencia de suplementación, o estado de vitamina D al comienzo de estudio. No hubo suficientes estudios para sacar conclusiones por IMC pregestacional.

La mayoría de los trabajos no reportaron diferencias en relación con efectos adversos independientemente de la dosis administrada. No reportaron casos de malformaciones congénitas. El efecto más frecuente fue hipercalcemia en escasas mujeres.

11 de los estudios incluidos con 2.981 mujeres consistentemente mostraron que mujeres que consumían 4.000 IU/d o más suplementación con vitamina D tuvieron mayores concentraciones de 25-hydroxyvitamina D que aquellas que consumieron 3.999 IU/d o menos (95% CI 20,83 to 42,38).

Para el resultado hipertensión gestacional tampoco obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos (RR 1,08, 95% CI 0,67 to 1,74)6.

Otra revisión sistemática y metaanálisis revisó la bibliografía de estudios clínicos aleatorizados para ver la incidencia de preeclampsia con la suplementación de vitamina D. De los 17 estudios que seleccionaron no hubo ningún caso de preeclampsia en mujeres embarazadas. De estos, 12 estudios encontraron una asociación inversa entre la suplementación de vitamina D y el incremento de riesgo de preeclampsia (OR 0,37, 95% CI: 0,26, 0,52, $p < 0,001$). Cuando la suplementación comenzaba entorno a la semana 20 de gestación el riesgo era incluso un poco menor (OR 0,35, 95% CI: 0,24, 0,50, $p < 0,001$). Cuando la suplementación empezaba después de la semana 20 la significación estadística desaparecía (OR 0,60, 95% CI: 0,18, 2,03, p – 0,411). El incremento de la dosis de vitamina D tuvo una asociación inversa con el incremento de riesgo de preeclampsia (OR 0,33, 95% CI: 0,18). Este riesgo de preeclampsia no se asoció con la edad materna ($p > 0,05$)[1].

Una revisión llegó a conclusiones similares, reduciéndose el riesgo de preeclampsia en los grupos suplementados (ratio 0,66; 95% CI: 0,52, 0,83, p= 0,001). Aunque resuelve que los metaanálisis realizados hasta ahora carecen de evidencia para justificar la recomendación de suplementación con vitamina D durante el embarazo basándose en evitar la preeclampsia[8].

Otras revisiones sobre el efecto de la suplementación de la vitamina D en el riesgo de diabetes gestacional aportaron estudios observacionales que encontraron mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional en embarazadas con niveles bajos de vitamina D. Otro estudio prospectivo encontró niveles más bajos de vitamina D en mujeres que desarrollaron diabetes gestacional, incluso después de descartar factores de riesgo como IMC, raza, edad e historia familiar de diabetes tipo 2[5,9,10].

Discusión

La preeclampsia está asociada con resultados maternos y neonatales adversos, por lo que existe una urgencia cada vez mayor en la identificación de predictores clínicos y de laboratorio de la preeclampsia, aunque es aún más importante identificar formas seguras y efectivas de prevenir su desarrollo.

Anteriores metaanálisis se han centrado en la suplementación de calcio, no analizando el efecto de la vitamina D sobre estas patologías. Por lo que más evidencia sobre el tema era necesaria para resolver esta duda.

Esta revisión evalúa el efecto de la suplementación de la vitamina D durante el embarazo. Se han incluido siete revisiones, de las cuales muchas de ellas realizan una suplementación de vitamina D con calcio u otras vitaminas. Existen pocos estudios que hayan comparado el efecto de la adición de estas otras vitaminas y minerales frente al tratamiento básico con vitamina D.

La suplementación con vitamina D comparado con la no intervención o placebo:

1. Probablemente reduzca el riesgo de preeclampsia y diabetes gestacional.
2. La suplementación con vitamina D comparado con la no intervención o placebo probablemente da lugar a una concentración más alta de 25-hydroxyvitamina D. Este resultado debería interpretarse con cautela, ya que la dosis de suplementación fue muy variada entre los diferentes estudios. Teniendo en cuenta también la dificultad de la medición precisa de 25-hydroxivitamina D en suero y las diferencias de métodos usados para llevarlo a cabo.

Uno de los objetivos de esta revisión era examinar las diferentes dosificaciones recomendadas y utilizadas y evaluar si existían efectos beneficiosos derivados de suplementar a las mujeres embarazadas con más de 200-600 IU/d (media de recomendaciones mayoritariamente). También era el propósito de esta revisión evaluar si el aumento de la suplementación producía efectos negativos en la salud de las mujeres embarazadas cuando se sobrepasaba el límite de la recomendación (4.000 IU/d).

Para la suplementación con 601 IU/d o más frente a una cantidad menor, no se obtuvieron diferencias para el riesgo de preeclampsia, aunque parece que quizás reduzca el riesgo de diabetes gestacional. Probablemente incremente los niveles de 25-hydroxyvitamina D en mujer gestante a término. Sin embargo, como se ve los resultados fueron bastante heterogéneos entre los diferentes estudios.

Para la suplementación con 4.000 IU/d o más de vitamina D frente a dosis menores tampoco obtuvieron diferencias significativas para el riesgo de preeclampsia o diabetes gestacional. Ante la superación de las recomendaciones generales de dosis de vitamina D, esta sobredosificación parece ser segura, y la mayoría de los estudios no reportaron efectos adversos con la intervención. Además, probablemente incremente los niveles de 25-hydroxyvitamina D en mujer gestante a término y en la sangre umbilical, aunque los resultados fueron bastante heterogéneos.

Es importante tener en cuenta que la heterogeneidad fue detectada en los niveles de 25hydroxyvitamin D en sangre materna y podría estar relacionada con las diferentes dosis usadas en los estudios incluidos, los diferentes regímenes de tratamiento, diferente población, calidad de estudios y diferencia entre lo métodos usados para la medición de 25-hydroxyvitamin D en sangre. Por lo tanto, estos resultados deben ser interpretados con precaución.

Con respecto a la seguridad, aunque parece que la suplementación con vitamina D es una intervención segura durante el embarazo, los rangos usados para definir alteraciones como hipercalcemia, hipercalciuria, hipocalcemia e hipervitaminosis D no fueron especificados o fueron muy variados entre estudios, por lo que en estudios futuros deberían ser reportados.

Como resultado de la presente búsqueda la suplementación con vitamina D fue beneficiosa para la prevención de preeclampsia en la mayoría de estudios y totalmente independiente del inicio de la suplementación, la edad materna y la dosis. Cuando la suplementación comienza hacia la semana 20 de embarazo los beneficios sobre la mujer embarazada parecen ser mayores.

Además, varios estudios analizaron también su administración junto con calcio, pero no pareció aportar más beneficios. Al contrario, el aporte de calcio requiere una administración diaria a altas dosis que podría incrementar el riesgo cardiovascular en la mujer embarazada.

La deficiencia de vitamina D se ha asociado con amplios factores de riesgo para disfunción endotelial y salud cardiovascular. Por otro lado, una ingesta adecuada de vitamina D puede estar relacionado con el mantenimiento de la homeostasis de calcio. Lo cual está inversamente relacionado con los niveles de presión sanguínea.

Hay algunas limitaciones en los análisis actuales. La principal limitación se debe a la diferente administración tanto de tiempo como en la forma farmacéutica de suplementación a la mujer embarazada. Diferentes posologías como varias dosis diarias o una única dosis alta parecen ser suficiente para prevenir la preeclampsia, considerando que la vitamina D se queda acumulada en los depósitos grasos. Más estudios deberían centrarse en las recomendaciones sobre posología en la mujer embarazada (suplementación diaria, semanal, única dosis).

A causa de los resultados obtenidos debería ser considerado parte del tratamiento en aquellas mujeres con riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos durante el embarazo, mayormente en aquellos países con alto riesgo de déficit de vitamina D, incluidos la mayoría de los países europeos y algunos asiáticos.

Conclusiones

En conclusión, la suplementación con vitamina D puede ser útil para la prevención de preeclampsia. Estudios clínicos prospectivos aleatorizados bien diseñados son necesarios para finalmente aceptar la suplementación con vitamina D como una posible intervención estratégica y para identificar una dosis efectiva estándar.

Estudios futuros deben evaluar en una misma población diferentes dosis (baja, mediana y alta), diferentes frecuencias (diaria, semanal, mensual o bolos), diferentes formatos (pastillas, líquido o inyecciones), diferentes tipos (D_2, D_3) y diferentes periodos de inicio (primer, segundo o tercer trimestre) en mujeres con diferente índice de masa corporal, pigmentación de la piel, para evaluar si realmente se deben tener en cuentas estas características al pautar una dosis a las mujeres embarazadas.

Además, los efectos de la vitamina D en mujeres con un riesgo elevado de diabetes gestacional o preeclampsia deberían ser evaluados, para ver si se obtiene el mismo efecto beneficioso en aquellas mujeres que cuentan con algún factor de riesgo de base.

La necesidad de establecer la dosis-dependencia de efectos de la suplementación con vitamina D en los resultados maternos y neonatales ha sido sugerida por varias organizaciones. Esta información es necesaria para informar y lanzar recomendaciones estandarizadas con suplementos de vitamina D y poder establecer rutinas de cuidado antenatal.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Fogacci S, Fogacci F, Banach M, Michos E, Hernández A, Lip G. Vitamin D supplementation and incident preeclampsia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Clin Nutr. 2020 Jun; 39(6):1742-52.
2. World Health Organization. WHO recommendation regarding Vitamin C or Vitamin E supplementation during pregnancy for the prevention of pre-eclampsia. The WHO Reproductive Health Library. 2016.
3. Aguilar-Cordero M, Lasserrot-Cuadrado A, Mur-Villar N, León-Ríos X, Rivero-Blanco T, Pérez-Castillo I. Vitamin D, preeclampsia and prematurity: A systematic review and metaanalysis of observational and interventional studies. Midwifery. 2020; (87).
4. Wagner C, Hollis B. The Implications of Vitamin D Status During Pregnancy on Mother and her Developing Child. Frontiers in Endocrinology. 2018.
5. Dovnik A, Mujezinovi F. The Association of Vitamin D Levels with Common Pregnancy Complications. Nutrients. 2018; 10(817).
6. Palacios C, Trak-Fellermeier M, Martínez R, LPL, Lips P, Salisi J, et al. Regimens of vitamin D supplementation for women during pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; 10.
7. Palacios C, L K, Peña-Rosas J. Vitamin D supplementation for women during pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; 7.
8. O'Callaghan M, Kiely M. Systematic Review of Vitamin D and Hypertensive Disorders of Pregnancy. Nutrients. 2018 marzo.
9. Rodrigues M, Lima S, Mazeto G, Calderon I, Magalhães C. Efficacy of vitamin D supplementation in gestational diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. PloS one. 2019 marzo.
10. Gilani S, Janssen P. Maternal Vitamin D Levels During Pregnancy and Their Effects on Maternal-Fetal Outcomes: A Systematic Review. JOGC. 2019.
11. Mirzakhani H, al E. Early pregnancy vitamin D status and risk of preeclampsia. J Clin Invest 2016 Dec 1; 126(12):4702-15.
12. Baca K, Govil M, Zmuda J, Simhan M, Marazita M. Vitamin D metabolic loci and preeclampsia risk in multi-ethnic pregnant women. Physiol Rep 2018 Jan; 6(2):e13468.

13. Stougaard M, Damm P, Frederiksen P, Jacobsen R, Heitmann B. Extra vitamin D from fortification and the risk of preeclampsia: The D-tect Study. Plos one. 2018.

14. Zhao X, Fang R, Yu R, Chen D, Zhao J, Xiao J. Maternal Vitamin D Status in the Late Second Trimester and the Risk of Severe Preeclampsia in Southeastern China. Nutrients. 2018.

15. Curtis E, Moon R, Harvey N, Cooper C. Maternal vitamin D supplementation during pregnancy. British Medical Bulletin. 2018; 126(1).

16. Agarwal S, Kovilam O, Agrawal D. Vitamin D and its impact on maternal-fetal outcomes in pregnancy: A critical review. Critical Reviews in Food Science and Nutrition. 2017; 58(5).

17. Khaing W, al E. Calcium and Vitamin D Supplementation for Prevention of Preeclampsia: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Nutrients. 2017.

18. Pérez I, Aguilar M. Deficiency of vitamin D during pregnancy. Preeclampsia and prematurity. Prospero. 2019.

19. Gallo S, McDermid J, Al-Nimr R, Hakeem R, Moreschi J, Pari-Keener M. Vitamin D Supplementation during Pregnancy: An Evidence Analysis Center Systematic Review and Meta-Analysis. J Acad Nutr Diet 2020 May;120(5):898-924.

Iraia Serrano Alonso

Prevención de hemorragias en el postparto, manejo activo del alumbramiento

Especialista enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) *E-mail: iraia_serrano@yahoo.es*

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2020.
Fecha de aceptación 8 de marzo de 2021.

Cómo citar este artículo:
Serrano Alonso I. Prevención de hemorragias en el postparto, manejo activo del alumbramiento. Matronas Hoy 2021; 8(1):37-44.

Resumen

Introducción: la hemorragia postparto (HPP) es todo sangrado vaginal > 500 ml tras un parto vaginal o > 1.000 ml tras una cesárea. Constituye una emergencia obstétrica que requiere tratamiento multidisciplinar, así como estrategias de prevención. El riesgo de hemorragia ocurre en la fase del parto de alumbramiento. Esta tercera etapa del parto puede ser manejada de modo activo o bien mantener una actitud expectante.

Objetivos: llevar a cabo una búsqueda en bases de datos sobre las diferentes medidas de prevención de la hemorragia postparto, realizar una recopilación de la evidencia científica disponible y exponer críticamente las conclusiones.

Método: búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden y Dialnet.

Resultados: se analiza la eficacia del manejo activo del alumbramiento frente al espontáneo, la administración de oxitocina como parte del alumbramiento dirigido, la maniobra de drenaje del cordón umbilical y el uso de misoprostol, metilergometrina, carboprost, carbetocina y sintometrina para el manejo activo.

Discusión: la bibliografía recopilada afirma que el manejo activo es superior al alumbramiento espontáneo en la prevención de la HPP. El componente del manejo activo que ha demostrado beneficios ha sido la administración de uterotónicos. El fármaco de elección para el alumbramiento dirigido es la oxitocina, que ha evidenciado reducir el riesgo de HPP en pérdidas mayores de 500 cc en varios ensayos clínicos. Sin embargo, para HPP graves (> 1.000 cc) no hay evidencia concluyente.

Conclusiones: en la prevención de la HPP, el manejo activo del alumbramiento parece ser la estrategia más eficaz. Aunque no hay consenso entre autores y estudios sobre la vía, las unidades y el momento de administración de la oxitocina, se concluye que este fármaco es eficaz para prevenir la hemorragia postparto mayor de 500 cc. El misoprostol parece ser menos efectivo que la oxitocina. El carboprost podría ser una alternativa más eficaz que la oxitocina, pero son necesarios más estudios para establecer conclusiones. La carbetocina podría ser una alternativa en zonas de recursos medios-bajos en las que no se dispone de frigoríficos.

Palabras clave: hemorragia postparto; prevención; manejo activo del alumbramiento; enfermería obstétrico-ginecológica.

Abstract

Postpartum bleeding prevention, active management in the third stage of labor

Introduction: *postpartum bleeding (PPB) refers to any vaginal bleeding > 500 ml after a vaginal delivery or > 1,000 ml after a C-section. PPB is an obstetric emergency that requires multidisciplinary management as well as prevention strategies. The risk of bleeding occurs in the third stage of labor. This stage can be actively managed or a watchful waiting attitude can be adopted.*

Purpose: *to perform a database search on the different measures employed to prevent postpartum bleeding; to compile the available scientific evidence; and to critically present the conclusions.*

Methods: *a literature search was carried out in Pubmed, Cochrane, Cuiden, and Dialnet databases.*

Results: *the efficacy of active management of labor versus spontaneous labor, the use of oxytocin in a managed labor, the umbilical cord drainage maneuver; and the use of misoprostol, methylergometrine, carboprost, carbetocin and syntometrine in the active management are analyzed.*

Discussion: *according to the retrieved literature, active management is superior to spontaneous delivery in the prevention of PPB. The benefit appears to be driven by the administration of uterotonics as a component of active management. The drug of choice for managed labor is oxytocin, which has been shown to reduce the risk of PPB events larger than 500 cc in several clinical trials. However, for severe PPB (> 1,000 cc), no conclusive evidence is available.*

Conclusions: *fr the prevention of PPB, active management of labor seems to be the most effective strategy. Although there is no consensus among authors and studies on the route, dosage, and appropriate time for the administration of oxytocin, it is concluded that this drug is effective in preventing postpartum bleeding episodes of more than 500 cc. Misoprostol seems to be less effective than oxytocin. Carboprost could be a more effective alternative to oxytocin, but more studies are needed to draw conclusions. Carbetocin could be an alternative in medium-low resource areas where refrigerators are not available.*

Key words: *postpartum bleeding; prevention; active management of labor; obstetric-gynecological nursing.*

Introducción

La hemorragia postparto (HPP) se define como todo sangrado vaginal > 500 ml tras un parto vaginal o > 1.000 ml tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la mujer[1]. Constituye un tema de gran importancia, ya que se considera una urgencia vital y es la causa de casi un cuarto de las muertes maternas en todo el mundo[2].

La incidencia global de la HPP es del 4% en el parto vaginal y 6% en la cesárea en los países desarrollados[3]. En España es la tercera causa de mortalidad materna[4].

Dependiendo de la cantidad de sangre perdida y de factores preexistentes como, por ejemplo, la anemia previa, la hemorragia puede derivar en una situación de shock hipovolémico, disfunción multiorgánica y muerte materna en las primeras seis horas. Constituye una emergencia obstétrica que requiere un tratamiento multidisciplinar inmediato, así como estrategias de prevención[3].

La capa media del útero está compuesta por una red de fibras musculares entrelazadas conocida como miometrio. Los vasos sanguíneos que suministran sangre al lecho placentario pasan a través de este conglomerado de fibras del músculo uterino. En el tercer estadio de parto o alumbramiento, la separación de la placenta comienza generalmente después del nacimiento. La contracción miometrial es la principal fuerza impulsora tanto para la separación placentaria como para la hemostasia del lecho placentario a través de la constricción de los vasos sanguíneos. Este mecanismo fisiológico de ahorro de sangre se conoce como "ligaduras vivientes de Pinard"[5]. Es en esta fase del parto cuando puede presentarse un riesgo de hemorragia, si hay algún factor que impida el adecuado funcionamiento de estos mecanismos fisiológicos.

Esta tercera etapa del parto puede ser manejada de modo activo o bien mantener una actitud expectante. En el manejo fisiológico, o alumbramiento espontáneo, no se realizan maniobras hasta pasados los 30 minutos de duración normal de la tercera etapa del parto. En el manejo activo del alumbramiento se efectúa una serie de actuaciones que ayudan al descenso y salida de la placenta, evitando una hemorragia postparto y atonía uterina.

Objetivos

- Llevar a cabo una búsqueda en bases de datos sobre las diferentes medidas de prevención de la hemorragia postparto.
- Realizar una recopilación de la evidencia científica disponible sobre la prevención de las hemorragias tras un parto vaginal.
- Exponer críticamente las conclusiones sobre la bibliografía recopilada.

Método

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden y Dialnet con las siguientes palabras clave en términos Decs en español e inglés: *postpartum hemorrhage* (hemorragia postparto), *immediate postpartum hemorrhage* (hemorragia postparto precoz), *prevention* (prevención), *midwifery* (enfermería obstétrico-ginecológica). En la búsqueda se utilizaron los operadores booleanos *AND* y *OR*.

Inicialmente se obtuvieron un total de 437 artículos en el conjunto de las bases de datos. Para poder obtener los artículos más novedosos y con mayor evidencia científica se refinó la búsqueda en función de los siguientes criterios: antigüedad (publicaciones correspondientes a los cinco últimos años), idioma (inglés, francés, español), tipo de estudio (revisiones, metanálisis, ensayos clínicos y estudios de cohortes) y acceso a texto completo. Tras el refinamiento se obtuvieron 108 artículos.

Finalmente, tras la lectura del resumen, se seleccionaron 23 artículos que se consideró que cumplían los objetivos de la revisión. Se excluyeron los estudios cuya población estuviera compuesta exclusivamente de mujeres con partos por cesárea, ya que la presente se revisión se centra en los partos vía vaginal.

Resultados

Entre las actuaciones, que por lo general se incluyen en el manejo activo del alumbramiento, se encuentran: administración de fármacos uterotónicos, clampaje precoz/tardío del cordón, tracción controlada del cordón umbilical y aplicación de masaje uterino tras la salida de la placenta.

Algunos autores defienden que para llevar a cabo una tracción controlada del cordón es necesario el pinzamiento precoz del cordón y que esto disminuye el tiempo de alumbramiento. Sin embargo, actualmente se recomienda realizar un clampaje tardío del cordón por los beneficios que aporta al recién nacido[6].

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) coinciden en que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el riesgo de hemorragia postparto, cantidad de sangre perdida y necesidad de transfusión de sangre[7].

Multitud de estudios se han llevado a cabo con el objetivo de demostrar la superioridad y las ventajas del manejo activo del alumbramiento frente al espontáneo.

Weeks[8] afirma en su revisión bibliográfica sobre la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto que el manejo activo del alumbramiento frente al espontáneo reduce la pérdida de sangre en un 50-70%, debido principalmente a la administración de uterotónicos.

Yildirim et al.[9] llevaron a cabo un ensayo clínico randomizado en el que comparaba el manejo activo del alumbramiento frente al manejo expectante mediante la determinación de los niveles de hemoglobina en una analítica de sangre 24 horas postparto. En una muestra de 669 mujeres, a 333 se les aplicó un manejo activo del alumbramiento (10 UI de oxitocina intramuscular en el primer minuto tras el parto, pinzamiento precoz del cordón, tracción controlada del cordón y masaje uterino), mientras que a 336 se les aplicó un protocolo de manejo expectante (pinzamiento tardío de cordón, expulsión de la placenta mediante pujos maternos y por gravedad cuando se evidencian signos de desprendimiento de la misma y 10 UI de oxitocina intramuscular tras la salida de la placenta). Como resultados observó que los niveles de hemoglobina postparto eran significativamente mayores en el grupo con manejo activo (p= 0,04) y que la duración de la tercera etapa del parto fue menor el grupo con manejo activo (9,26 (± 4,59) minutos vs. 4,11 (± 2,32) minutos; P = 0,001)[9].

Otros autores también estudiaron la eficacia de las diferentes actuaciones que habitualmente componen el manejo activo del alumbramiento.

Dupont et al.[10] en 2014 realizaron una revisión bibliográfica en la que afirman que el manejo activo del alumbramiento reduce a la mitad la incidencia de HPP, frente al alumbramiento espontáneo. En cuanto al uterotónico a administrar, recomienda el uso de oxitocina. El momento de la administración debe efectuarse poco después del nacimiento, pero no es necesario en el momento de la expulsión del hombro. Si no se pudo administrar antes de la salida de la placenta, se recomienda administrarla después. Con respecto a la dosis, se recomienda la administración de 5 a 10 UI. Es preferible realizar una inyección intravenosa lenta (durante un periodo de aproximadamente un minuto). En casos de riesgo cardiovascular comprobado se recomienda la administración intravenosa durante más de cinco minutos para limitar los efectos hemodinámicos. Los datos tienden a favorecer la vía intravenosa frente a la intramuscular, pero no se ha establecido evidencia científica.

Según el autor la tracción controlada del cordón umbilical, el masaje uterino y el vaciado rutinario de la vejiga no se recomiendan de forma sistemática para reducir el riesgo de HPP[10].

Sentilhes et al.[11] en su revisión bibliográfica sobre la prevención y el manejo de la HPP concluyen que el manejo activo del alumbramiento reduce la incidencia de HPP comparado con el manejo expectante. El uterotónico de elección, por consenso, es la oxitocina 10 UI, endovenosa o intramuscular. Respecto a la maniobra de tracción controlada del cordón afirma que no aporta beneficios en la prevención del sangrado. Tampoco recomienda el pinzamiento precoz del cordón umbilical para la prevención de HPP, ya que se ha demostrado que el pinzamiento tardío tiene numerosos beneficios para el bebé[11].

Sobre el pinzamiento precoz de cordón umbilical, otra reciente revisión realizada por Gallardo et al.[3] no mostró diferencias significativas entre las tasas de hemorragia postparto cuando se comparó el pinzamiento precoz y tardío del cordón umbilical, encontrando algunas ventajas del pinzamiento tardío, como mayor peso al nacer, concentración temprana de hemoglobina y un aumento de las reservas de hierro hasta los seis meses después del nacimiento.

Una medida que está incluida dentro del manejo activo del alumbramiento es el drenaje del cordón umbilical. Esta intervención fue evaluada recientemente en Brasil, en un ensayo clínico, por Vasconcelos et al.[12]. Realizó un ensayo clínico randomizado con dos grupos de 113 mujeres cada uno. En el grupo intervención el cordón se clampaba y se cortaba inmediatamente tras el nacimiento del bebé, para luego desclampar el extremo materno, dejando fluir la sangre de la placenta en un contenedor. En el grupo control el cordón permanecía clampado hasta la salida de la placenta. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en: la duración de la tercera etapa del parto, media de sangre perdida, niveles de Hb y Hto 24 horas postparto, incidencia de HPP > 500 cc y en la incidencia de HPP > 1.000 cc.

Administración de oxitocina

Otros autores se centraron en analizar la eficacia, la posología, el momento y la vía de administración de la oxitocina profiláctica como parte del alumbramiento dirigido.

La revisión de Gallardo et al.[3] concluye que está demostrado que la oxitocina profiláctica disminuye la HPP y la necesidad de uterotónicos terapéuticos. Sin embargo, el momento de administración de los fármacos oxitócicos varía enormemente entre los profesionales. El enfoque más recomendado en el tratamiento activo es la administración de los fármacos en el momento de la salida del hombro anterior. Existen diversos protocolos efectivos: 10 unidades intramusculares (im) o 5 unidades por vía intravenosa (iv) lento o 10-20 U/l a 100-150 ml/h. No se ha demostrado que ninguno de estos protocolos sea superior a otro en cuanto a vía, dosis, pauta o momento de administración.

En 2016 el estudio realizado por Garabedian et al.[13] pretendía evaluar el efecto de la administración profiláctica de oxitocina en el alumbramiento en partos vía vaginal. Para ello llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental pre y post-intervención. En el periodo de seis meses pre-intervención se administraba oxitocina 5 UI con la salida del hombro anterior solamente a aquellas mujeres con factores de riesgo de desarrollar HPP. En el segundo periodo la administración de oxitocina se realizaba de rutina en todos los partos vaginales. Se analizaron 1.953 partos en el periodo pre y 2.018 partos en el periodo post. Como resultados se observó que

la pérdida de sangre, medida mediante bolsa colectora, fue menor en el periodo postintervención (280 vs. 230 ml, P < 0,001). La incidencia de HPP (pérdida > 500 cc) descendió significativamente en la segunda etapa de 13,4 a 9,2% (p < 0,001). La incidencia de hemorragia severa (pérdida > 1.000 cc) fue similar en los dos períodos ((2,1 vs. 2,0%, NS)[13].

El estudio de Kuzume et al.[14] también pretendía evaluar el efecto de la oxitocina profiláctica frente al uso selectivo de este fármaco en el sangrado postparto en partos vaginales. Llevó a cabo un estudio con un grupo control retrospectivo de 407 mujeres y una cohorte prospectiva de 392 mujeres a las que administró 10 UI de oxitocina en 500 ml de suero fisiológico a ritmo de 250 a 500 con la salida del hombro anterior del bebé. En el grupo control las medidas de tracción controlada de cordón y masaje uterino se efectuaban de forma sistemática, mientras que en el grupo intervención su aplicación se dejaba a criterio del profesional sanitario. Observó que el volumen de sangre perdida se redujo un 20% en el grupo intervención (641 ± 373 ml en grupo control; 520 ± 327 ml en grupo intervención; p < 0,001). La incidencia de HPP> 1.000 ml también se redujo significativamente de un 14% en el grupo control a un 6,1% en el grupo intervención (p < 0,001)[14].

Erickson et al.[15] hicieron un metanálisis de dos revisiones Cochrane. Se centró en el efecto de la oxitocina profiláctica solamente en mujeres con trabajo de parto espontáneo. La razón del autor para ello es que las mujeres con un parto inducido tienen menor respuesta a la oxitocina debido a la desensibilización de los receptores al recibir altas dosis de oxitocina durante la inducción. Seleccionaron cuatro estudios que incluían solo mujeres en trabajo de parto espontáneo. En el análisis de los datos se demostró que el riesgo de desarrollar HPP > 500 cc es menor en las mujeres que reciben oxitocina profiláctica (sola o como parte de un conjunto de intervenciones de manejo activo del alumbramiento) en comparación a las que no reciben ningún uterotónico. Sin embargo, no hay diferencias en la pérdida de > 1.000 cc, transfusiones sanguíneas y necesidad de administración de uterotónicos adicionales.

La revisión de Oladapo et al.[16] tenía como objetivo determinar la eficacia de la oxitocina administrada por vía intramuscular o intravenosa para el tratamiento profiláctico del alumbramiento después del parto vaginal. En su búsqueda incluyó tres estudios con 1.306 pacientes que comparaban ambas vías. Tras el análisis de los estudios el autor concluye que la evidencia era de muy baja calidad y no indica diferencias claras entre los efectos beneficiosos y los riesgos de la oxitocina intramuscular e intravenosa. Se necesitan ensayos aleatorios con un diseño y tamaños de muestra adecuados.

Lojano[17], para su tesis doctoral, realizó un ensayo clínico aleatorizado doble ciego cuyo objetivo era evaluar la eficacia de la oxitocina vía cordón umbilical en la disminución de la duración y la cantidad de sangrado, para el manejo activo del alumbramiento. En un grupo (64 pacientes) se administró oxitocina vía cordón umbilical tras el pinzamiento tardío de cordón junto con el manejo activo del alumbramiento (con 10 UI de oxitocina IM y tracción controlada del cordón). En el segundo grupo (66 pacientes) se llevó a cabo el mismo manejo activo, exceptuando la administración de oxitocina umbilical. Como resultados observó que el grupo con administración de oxitocina vía cordón umbilical obtuvo un menor promedio del tiempo de duración del alumbramiento en comparación con el grupo sin oxitocina vía cordón umbilical (102,25 segundos y 171,79 segundos, respectivamente; p= 0,000). El volumen de sangrado del alumbramiento fue menor en el grupo de intervención que en el grupo control (171.09 ml y 235. 15 ml, respectivamente; p= 0,000).

Otros fármacos uterotónicos

En la mayoría de la bibliografía la oxitocina es el fármaco que se utiliza para el manejo activo del alumbramiento. Sin embargo, hay otras opciones de fármacos uterotónicos que se pueden administrar como prevención y que han sido analizadas por algunos autores.

a) Misoprostol (cytoteq):

Es un análogo sintético de la prostaglandina natural E1. Se puede administrar por vía vaginal, oral o rectal. La dosis recomendada varía entre los autores.

La revisión bibliográfica realizada por Garrigue et al.[18] afirma que el uso de misoprostol sublingual en dosis única de 600 µg para el manejo del alumbramiento disminuye la incidencia de HPP en comparación con el placebo. También concluye que el misoprostol es menos efectivo que otros uterotónicos inyectables (oxitocina, metilergometrina) para la prevención de la hemorragia, pero que su uso sí está recomendado en caso de que no se disponga de oxitocina, en una dosis única de 600 µg sublingual.

Rajaei et al.[19] llevaron a cabo un ensayo randomizado doble ciego en el que compraba la eficacia del misoprostol frente a la oxitocina para la prevención de la hemorragia postparto en una muestra de 400 mujeres con parto vaginal. A un grupo se le administró 20 UI de oxitocina en 1.000 ml de Ringer y dos comprimidos de placebo para el manejo activo del alumbramiento. Al otro grupo se le administró 400 µg de misoprostol oral y 1000 ml de Ringer. La cantidad de sangrado durante la primera hora tras el alumbramiento, medida mediante el peso de los empapadores que recogían la sangre, fue significativamente mayor en grupo que había recibido la oxitocina (media= 182,4 g de sangre) que en grupo con misoprostol (media= 157 g de sangre) (P = 0,007).

Según la revisión de Weeks[8] el misoprostol como prevención reduce el sangrado postparto, pero es menos efectivo que la oxitocina. El autor recomienda su uso solamente para zonas con pocos recursos donde no haya disponibi-

lidad de frigoríficos para su almacenamiento. En cuanto a la dosis idónea, afirma que no hay evidencia para recomendar una dosis concreta, pero en la mayoría de estudios se utilizan dosis de 400-600 µg vía oral o sublingual.

Quibel et al.[20] desarrollaron en Francia un ensayo clínico multicéntrico, doble ciego, randomizado que pretendía evaluar la efectividad del misoprostrol administrado junto a la oxitocina para el manejo activo del alumbramiento. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente en el grupo control (recibían 400 µg de misoprostol oral tras la salida del bebé) y grupo placebo. Todas las mujeres recibían: 10 UI de oxitocina con la salida del hombro anterior, pinzamiento precoz de cordón y tracción controlada del mismo. La sangre se recogía en una bolsa calibrada, desde que salía el bebé hasta dos horas postparto.

Desgraciadamente el estudio se suspendió antes de que se alcanzara el tamaño muestral determinado (1.721 pacientes), debido a los efectos adversos asociados al misoprostol y a la evidente falta de eficacia de su utilización. Sin embargo, se analizaron los resultados de las pacientes que ya habían sido incluidas en el ensayo (1.505 pacientes). Como resultado se obtuvo que no había diferencias significativas en la incidencia de HPP entre ambos grupos (8,3% en grupo placebo, 8,4% en el grupo control; p= 0,98). Los principales efectos adversos que se asociaron con el misoprostol fueron: temperatura > 38 ºC (30,4% comparado con 6,3% en el grupo placebo; p < 001) y temblores (10,8% comparado con 0,6% en el grupo placebo; p < 001)[20].

b) Metilergometrina (methergin):

Es un alcaloide derivado del cornezuelo. Provoca la contracción intensa del músculo liso uterino, pero también del musculo liso arterial pudiendo desencadenar crisis de hipertensión, arritmias y accidentes cerebrovasculares. Está contraindicado en pacientes con historia de hipertensión arterial, preeclampsia y coronariopatía.

La revisión bibliográfica de Weeks[8] afirma que el uso profiláctico de este fármaco reduce la tasa de HPP; sin embargo, se asocia con efectos adversos como hipertensión, vómitos, dolor y retención de placenta con su uso endovenoso.

c) Carboprost (hemabate):

Es una prostaglandina F2α. El tiempo de inicio de acción es 1 min. Entre sus efectos adversos figuran broncoespasmo, náuseas, vómitos y diarrea, cefalea, hipertensión arterial, aumento de la temperatura corporal. No se debe emplear en pacientes con patología hepática, cardiopulmonar o renal.

El ensayo clínico randomizado de Sumir Kumar et al.[21] estudiaron la efectividad del carboprost frente a la oxitocina como profilaxis de la hemorragia postparto. Para ello dividieron una muestra de pacientes en dos grupos, con 100 mujeres con parto vaginal en cada uno de ellos. Al grupo control se le administró oxitocina intramuscular 10 UI y al grupo intervención carboprost trometamina 125 µg intramuscular, ambas inyecciones a la salida del hombro anterior. Para medir la pérdida sanguínea se colocó una bolsa calibrada tras la salida del bebé y se mantenía bajo la mujer 10 minutos tras la sutura de la episiotomía. El estudió no utilizó métodos para enmascarar los resultados. En los resultados se demostró que la media de duración de la tercera etapa del parto era mayor en el grupo de la oxitocina frente al grupo con carboprost (7,02 min y 6,05 min, respectivamente; p< 0,001). La media de sangre perdida fue menor en el grupo con carboprost (281,05 ml grupo oxitocina, 170,2 ml grupo carboprost, p< 0,0001), así como la necesidad de uterotónicos adicionales (21% en el grupo oxitocina, 4% en el grupo carboprost; p< 0,01).

d) Carbetocina (duratobal):

Es un agonista de la oxitocina de acción prolongada. Posee un inicio de acción rápido y vida media prolongada de 40 minutos.

Weeks[8] en su revisión bibliográfica habla sobre el efecto de la carbetocina en la prevención de la HPP. Afirma que las propiedades de este fármaco son similares a las de la oxitocina, con la ventaja de que tiene una vida media más larga. Mientras que la vida media de la oxitocina es de 10 minutos, con la carbetocina puede haber contracciones uterinas de 2 minutos de duración durante 1-2 horas. El autor concluye que hay evidencia de estudios randomizados que demuestran que este fármaco puede ser más efectivo que la oxitocina en la prevención de HPP.

Otra de las ventajas de la carbetocina frente a otros uterotónicos es que se ha desarrollado una fórmula de este medicamento que se mantiene estable en climas calientes y húmedos. Theunissen et al.[22] realizaron una revisión bibliográfica para poner de manifiesto la mayor efectividad de la carbetocina frente a otros uterotónicos gracias a su estabilidad en ambientes cálidos. La búsqueda se llevó a cabo en la plataforma de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo ensayos clínicos con evidencia de calidad, y en la biblioteca Cochrane de revisiones sistemáticas. Como resultados observó que tres ensayos demostraban falta de calidad de la oxitocina en países de recursos medios-bajos debido a la pérdida de componente activo del fármaco. Dos ensayos y un metaanálisis objetivaban que la carbetocina es igual de efectiva que otros uterotónicos (oxitocina, ergometrina) en la prevención de HPP.

Widmer et al.[23] realizaron un ensayo clínico para comprobar también la efectividad de esta fórmula de carbetocina estable en climas cálidos frente a la oxitocina. Se trataba de un ensayo randomizado, doble ciego con 29.645 mujeres. Un grupo recibía una inyección intramuscular de 100 µg de carbetocina y el otro una inyección de 10 UI de oxitocina, inmediatamente tras el parto. Para mantener los resultados enmascarados ambos fármacos se conservaban en nevera. Observó que la incidencia de HPP > 500 cc era similar en ambos grupos (14,5% en carbetocina y 14,4% en oxitocina; riesgo relativo 1,01), al igual que la incidencia de HPP >1.000 cc (1,51% en carbetocina y 1,45% en oxitocina; riesgo relativo 1,04). La necesidad de uterotónicos adicionales y efectos adversos también fue similar.

La revisión de Gallardo[3] indica que la carbetocina parece igual de efectiva como la oxitocina para la prevención de la HPP. Recomienda su uso en dosis única de 100 microgramos endovenoso. Tras el análisis de la evidencia el autor concluye que se necesitan estudios de investigación adicionales para analizar la relación entre costo y efectividad de la carbetocina como agente uterotónico, no estando de entrada justificado el empleo como fármaco de primera línea en todas las situaciones.

e) Sintometrina:

Es un fármaco que combina la oxitocina y la ergometrina.

Gallardo et al.[3] en su revisión concluyen sobre la sintometrina que resulta más eficaz que la oxitocina en prevenir la HPP pero presenta más efectos adversos, como alto riesgo de hipertensión arterial. El uso de sintometrina en el manejo activo de rutina del alumbramiento, parece estar asociado con una reducción estadísticamente significativa del riesgo de hemorragia postparto comparado con la administración de oxitocina cuando la pérdida de sangre es menor de 1.000 ml.

Discusión

Tres revisiones bibliográficas y un ensayo clínico de la bibliografía recopilada afirman que el manejo activo del alumbramiento es superior al alumbramiento espontáneo en la prevención de la HPP.

Este manejo activo del alumbramiento se compone de varias maniobras cuya eficacia ha sido analizada en diferentes revisiones y ensayos clínicos.

La tracción controlada del cordón aparece como medida no recomendada o que no aporta beneficios en dos revisiones bibliográficas, tampoco el pinzamiento precoz del cordón. Es más, dos autores recomiendan realizar pinzamiento tardío debido a los beneficios que se ha demostrado que aporta al recién nacido.

La maniobra de drenaje del cordón umbilical únicamente fue evaluada en un ensayo clínico randomizado con una amplia muestra, que no evidenció ningún beneficio de esta práctica sobre el alumbramiento.

El componente del manejo activo que sí ha demostrado beneficios ha sido la administración de uterotónicos. Cinco revisiones coinciden en que el fármaco de elección para el alumbramiento dirigido es la oxitocina, que ha evidenciado reducir el riesgo de HPP en pérdidas mayores de 500 cc en varios ensayos clínicos. Sin embargo, para HPP graves (> 1.000 cc) no hay evidencia concluyente que demuestre que la administración de oxitocina sea eficaz como prevención. Únicamente un estudio de cohortes ha obtenido resultados significativos para este tipo de hemorragia. En el estudio cuasi-experimental de Garabedian se obtuvieron similares resultados en cuanto a la incidencia de HPP > 1.000 cc en ambos grupos, aunque hay que señalar que en el grupo preintervención las mujeres con factores de riesgo sí recibían oxitocina, lo cual podría haber influido en el resultado de la tasa de hemorragias severas. El metanálisis de Erickson tampoco halló diferencias en la incidencia de hemorragias > 1.000 cc, aunque este solamente incluye cuatro estudios en su análisis.

En cuanto a las unidades, la vía y el momento de administración de la oxitocina parece que no hay consenso entre la comunidad científica. La mayoría de autores señala la administración de 5-10 unidades por vía endovenosa o intramuscular. La revisión bibliográfica que compara ambas vías de administración solamente incluye tres estudios y concluye que la evidencia sobre la superioridad de una vía sobre otra es de baja calidad y no indica diferencias claras. La revisión de Dupont et al.[10] indica que el momento de la administración debe ser poco después del nacimiento sin ser necesario realizarla en el momento de la expulsión del hombro, mientras que Gallardo et al.[3] recomienda que se administre con el hombro anterior.

Sobre la administración de oxitocina vía umbilical solamente se han hallado resultados de un ensayo clínico que sugiere que esta vía podría disminuir el tiempo de alumbramiento y el volumen de sangrado. Aunque los resultados para el volumen de sangrado fueron favorables, no fueron estadísticamente significativos. Tal vez sería necesaria la realización de más estudios, con una muestra mayor, para aportar mayor evidencia sobre esta vía de administración.

Se ha estudiado la utilidad de otros fármacos distintos a la oxitocina para el manejo activo. La eficacia del misoprostol ha sido evaluada en dos revisiones con un gran número de referencias, que concluyen que es menos eficaz que la oxitocina. Solamente un ensayo clínico obtuvo como resultado significativo una media de sangrado postparto mayor con la oxitocina.

La metilergometrina y sintometrina como prevención podrían reducir la tasa de HPP. Sin embargo, se asocian con efectos adversos. Estos fármacos únicamente aparecen mencionados en una revisión bibliográfica.

Los resultados del ensayo clínico de Sumir Kumar et al.[21] sugieren que el carboprost podría ser más eficaz que la oxitocina como prevención, aunque se trata de un estudio no enmascarado. Es la única referencia de la bibliografía en la que aparece este fármaco.

También se dispone de datos de tres revisiones y un ensayo clínico que sugieren que la carbetocina puede ser igual de efectiva que la oxitocina para el manejo activo, con la ventaja de que la carbetocina se mantiene farmacológicamente estable en ambientes cálidos.

Conclusiones

La hemorragia postparto es uno de los principales problemas que pueden afectar a la salud materna y a los que los profesionales de la obstetricia deben hacer frente de forma eficaz con el objetivo de reducir la morbilidad/mortalidad asociada.

En cuanto a la prevención de la HPP, el manejo activo del alumbramiento parece ser la estrategia más eficaz. Los estudios demuestran que el alumbramiento dirigido reduce el riesgo de hemorragias y la duración de la tercera etapa del parto.

Diferentes maniobras se pueden incluir en el manejo activo del alumbramiento.

Las maniobras de tracción controlada del cordón y pinzamiento precoz no disponen de evidencia científica suficiente que avale su recomendación como profilaxis del sangrado postparto. Respecto a la maniobra de drenaje del cordón umbilical sería necesario llevar a cabo más estudios para evaluar su utilidad.

Aunque no hay consenso entre autores y estudios sobre la vía, las unidades y el momento de administración de la oxitocina para el alumbramiento dirigido, tras el análisis de la bibliografía recopilada, sí parece correcto afirmar que la administración de oxitocina es eficaz para prevenir la hemorragia postparto mayor de 500 cc. Destacar que en los estudios recopilados y los que han sido analizados en las diferentes revisiones y metanálisis que tratan sobre la administración de oxitocina se encuentra una amplia variabilidad en cuanto a los protocolos de administración del fármaco. Sin embargo, este hecho no afecta a la conclusión final a la que llegan todos los autores sobre la utilidad de la oxitocina preventiva. En cuanto a hemorragias mayores a 1.000 cc serían necesarios más ensayos clínicos y revisiones más amplias para reportar evidencia.

El misoprostol parece ser menos efectivo que la oxitocina. Se recomienda en dosis de 400-600 µg vía oral o sublingual para zonas con pocos recursos en las que no se disponga de oxitocina. El carboprost podría ser una alternativa más eficaz que la oxitocina, pero son necesarios más estudios para establecer conclusiones y hay que tener en cuenta sus posibles efectos adversos antes de establecer la supremacía de un fármaco sobre otro. De la carbetocina hay más bibliografía, podría ser una alternativa a la oxitocina para aquellas zonas de recursos medios-bajos en las que no se dispone de frigoríficos.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Hemorragia postparto precoz. Protocolos SEGO ProgObstet-Ginecol. 2008; 51:497-505.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: OMS; 2014.
3. Gallardo C, Salguero R. Prevención, manejo y cuidados de la hemorragia posparto. Ciberrevista [internet]. 2019 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2014/pagina8.html
4. Morillas Salazar R, Iglesias Moya J. Abordaje y plan de cuidados de la hemorragia postparto. Enfermería de urgencias. 2017; 57.
5. Mousa H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014
6. Ezquerro Cordón V, Gómez Ruiz R, Bonet Pérez B, Salcedo Clemos L, Irache Ferrández A. Manejo del alumbramiento. Resumen de la evidencia. 2016.
7. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia posparto. Declaración conjunta de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). Matronas profesión. 2007; 8:26-7.
8. Weeks A. The prevention and treatment of postpartum haemorrhage: what do we know, and where do we go to next? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014; 122(2):202-10.
9. Yildirim D, Ozyurek S, Ekiz A, Eren E, Hendem D, Bafali O, et al. Comparison of active vs. expectant management of the third stage of labor in women with low risk of postpartum

hemorrhage: a randomized controlled trial. Ginekologia Polska. 2016; 87(5):399-404.

10. Dupont C, Ducloy-Bouthors A, Huissoud C. Prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum lors de la troisième phase du travail. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014; 43(10):966-97.
11. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux-Tharaux C. Postpartum haemorrhage: prevention and treatment. Expert ReviewofHematology. 2016; 9(11):1043-61.
12. Vasconcelos F, Katz L, Coutinho I, Lins V, de Amorim M. Placental cord drainage in the third stage of labor: Randomized clinical trial. PLOS ONE. 2018; 13(5):e0195650.
13. Garabedian C, Simon M, Closset E, Ducloy-Bouthors A, Schaffar A, Deruelle P, et al. Systematic prophylactic oxytoci ninjection and the incidence of postpartum hemorrhage: A before-and-after study. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016; 45(2):147-54.
14. Kuzume A, Sugimi S, Suga S, Yamashita H, Yasuhi I. The Routine Use of Prophylactic Oxytocin in the Third Stage of Labor to Reduce Maternal Blood Loss. Journal of Pregnancy. 2017; 1-4. 1.
15. Erickson E, Lee C, Emeis C. Role of Prophylactic Oxytocin in the Third Stageof Labor: Physiologic Versus Pharmacologically Influenced Labor and Birth. Journal of Midwifery & Women' sHealth. 2017; 62(4):418-24.
16. Oladapo O, Okusanya B, Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Data base of Systematic Reviews. 2018
17. Lojano Gutiérrez MI. Estudio clínico aleatorizado de la eficacia de la oxitocina via cordón umbilical en el manejo activo del tercer período del parto, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. Tesis [internet]. 2014 [citado 8 mar 2021]. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5247
18. Garrigue A, Pierre F. Misoprostol: utilisation hors AMM dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction 2019.
19. Rajaei M, Karimi S, Shahboodaghi Z, Mahboobi H, Khorgoei T, Rajaei F. Safety and Efficacy of Misoprostol versus Oxytocin for the Prevention of Postpartum Hemorrhage. Journal of Pregnancy. 2014; 2014:1-4.
20. Quibel T, Ghout I, Goffinet F, Salomon L, Fort J, Javoise S, et al. Active Management of the Third Stage of Labor With a Combination of Oxytocin and Misoprostol to Prevent Postpartum Hemorrhage. Obstetrics & Gynecology. 2016; 128(4):805-11.
21. Sunil Kumar K, Shyam S, Batakurki P. Carboprost Versus Oxytocin for Active Management of Third Stage of Labor: A Prospective Randomized Control Study. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2016; 66(S1):229-34.
22. Theunissen F, Chinery L, Pujar Y. Current research on carbetocin and implications for prevention of postpartum haemorrhage. Reproductive Health. 2018; 15(S1).
23. Widmer M, Piaggio G, Nguyen T, Osoti A, Owa O, Misra S, et al. Heat-StableCarbetocin versus Oxytocint o Prevent Hemorrhage after Vaginal Birth. New England Journal of Medicine. 2018; 379(8):743-52.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

La Asociación Nacional de Matronas consigue doblegar a los seguros médicos logrando un incremento sin precedentes en la tarifa, por acto, de las matronas (1988)

Para este nuevo número hemos escogido recordar una iniciativa de la Asociación Española de Matronas (AEM) (entonces denominada Nacional) que, sorprendentemente, sí tuvo relación con las retribuciones de las matronas, aunque fueran del sector privado y en Madrid; porque cierto y desafortunadamente, una asociación de carácter científico como es la AEM no tiene capacidad negociadora en asuntos de índole laboral como las retribuciones. Esta potestad queda para los sindicatos representativos en las mesas sectoriales que, invariablemente, han mostrado su desafecto y desconsideración llegando a la discriminación hacia el colectivo de matronas, simplemente por ser un corpúsculo minoritario dentro de la enfermería y por tanto, ni clave ni llave, para mantener, mucho menos elevar, a la representatividad a ninguna entidad sindical del sector sanitario.

Los hechos se remontan al año 1988 cuando la proverbial voracidad de los seguros, en este caso seguros de salud médicos, que empezaban a proliferar, mantenían tarifas de retribuciones para las matronas por asistencia a los partos, tan ínfimas como vejatorias (entre 2.500-3.000 pesetas), negándose a revisar estas durante años, abusando de una situación como la de la capital, en la que aun con escasez de matronas, esta era menor, obviamente, que en otras provincias y el pluriempleo estaba a la orden del día. En otras provincias las tarifas eran algo más elevadas por razones precisamente de oferta y demanda.

La Asociación Española de Matronas recibió tantas quejas al respecto que, exentas de cualquier sospecha de interés personal, dado que ninguno de los miembros de la Junta Ejecutiva desempeñaba labores en la asistencia privada, y convencidas de que si se lograba la unidad de las matronas se podía poner "contra a las cuerdas a las aseguradoras", coordinó una demanda sin precedentes.

La propia AEM se prestó para entablar conversaciones con las diferentes compañías aseguradoras en representación del colectivo de matronas afectadas para que, razonablemente, las entidades involucradas elevaran las irrisorias tarifas, negociaciones que fracasaron. Dado que las matronas actuaban como profesionales liberales cobraban por acto médico (pago por un volante que entrega el paciente) sin ninguna otra relación laboral con las diferentes entidades.

ANUNCIO INFORMATIVO PARA GESTANTES CON SEGUROS PRIVADOS (9-7-88)

SANIDAD

A LA ATENCION DE TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS

aseguradas con Asisa, Adeslas, Esfera Médica, Previasa, Sanitas, Unión Madrileña, etc.

La Asociación Nacional de Matronas quiere poner en conocimiento de las usuarias de dichas entidades que, **A PARTIR DEL DIA 10 DE JULIO DE 1988**, los honorarios profesionales de las matronas **DEBERAN SER ABONADOS DIRECTAMENTE** a las mismas, pudiendo ser reintegrados posteriormente en las oficinas de cada entidad.

Firma: **La Comisión negociadora de tarifas mínimas**

Fuente: Hemeroteca diario *ABC*

Con la aquiescencia de absolutamente todas las matronas de Madrid del sector privado, la Asociación Española de Matronas advirtió con el preceptivo tiempo a las diferentes aseguradoras que sus servicios para estas entidades cesarían ya que no habían llegado a un acuerdo razonable. La AEM publicó un anuncio en prensa en el que se informaba así mismo a todas las aseguradas a partir de determinada fecha (9 de julio de 1988), que las matronas facturarían la totalidad de su honorarios a sus aseguradas parturientas.

Obviamente no fueron momentos fáciles para las matronas, pero una vez más se demostró "que la unión hace la fuerza" y las compañías aseguradoras que habían mantenido un trato abusivo con las matronas tuvieron que replegarse ante la evidencia de la postura de fuerza y resistencia de estas que propiciaron un aluvión de quejas de las aseguradas en demanda, ante sus respectivos seguros, del pago de los honorarios por parto cobrado por las matronas, las cuales habían seguido la orden, para no incurrir en competencia desleal, de tarifarlos acorde con la tarifa mínima estipulada en el momento por el Colegio Oficial de Enfermería.

La estrategia fue sencilla, pero tan conexa que funcionó porque todas las matronas cumplieron estrictamente con los pasos acordados en la asamblea.

Las instrucciones eran muy claras: primero atender con el celo de siempre; segundo comunicar a la pareja, después del parto, la situación con las aseguradoras y pedir su colaboración mediante el pago correspondiente, reembolsable por la compañía, tercero no aceptar bajo ningún concepto el volante autorizado para el pago del parto. Si no querían pagar, la matrona habría hecho su trabajo gratis, ese era el riesgo... y algunos no pagaron.

La acción tuvo sus deseados frutos y las compañías aseguradoras no tuvieron más remedio que elevar las tarifas en un incremento sin precedentes del 300%. Además del incremento de los honorarios por acto, las compañías firmaron el acuerdo que también obligaba a la revisión anual, según IPC.

Después de aquel logro se produjo una situación excepcional y es que las matronas cobraban bastante más que los obstetras y eso no lo podían tolerar, empezando su propia campaña.

Así el diario *ABC* titula meses después (7/2/1989) "Los ginecólogos de compañías privadas que asisten partos ganan menos que las matronas". Estos intentaron incluso la mediación del Presidente del Colegio de Médicos como dice la noticia, y lo que no dice la noticia es que previamente también se pusieron en contacto con Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la AEM, para que les indicara qué pasos habían seguido las matronas para ganar su reclamación. Una vez más las matronas fueron más generosas para los obstetras que viceversa, salvo honrosas excepciones, y a pesar de que se les ofreció toda la información sobre el plan, el proceder de los médicos ni fue tan pulcro ni unificado, y algunos de ellos incluso fue expulsado de los cuadros médicos de las aseguradoras porque ellos sí aceptaban el volante y además les cobraban las diferencia con las tarifas que pretendían.

MARTES 7-2-89

ABC

SANIDAD

Los ginecólogos de compañías privadas que asisten partos cobran menos que las matronas

Piden a Javier Matos que les defienda ante esta situación

Madrid. **Felipe Jiménez**

Los médicos ginecólogos que trabajan para las compañías privadas de asistencia sanitaria en Madrid, aproximadamente trescientos facultativos, dejarán de prestar sus servicios en estas entidades si no se aprueban unas tarifas acordes con sus responsabilidades. Según han denunciado a ABC estos profesionales, mientras que las matronas reciben 8.000 pesetas por parto, en muchas compañías ellos sólo están cobrando 5.000.

Estos especialistas celebraron hace unos días una asamblea en el Colegio de Médicos de Madrid para estudiar la situación y comenzar a tomar medidas al respecto. La reunión estuvo presidida por el vocal de Asistencia Colectiva del Colegio, Manuel Ambite, y en la misma se acordó nombrar al doctor Pablo Vallaure representante de los ginecólogos y tocólogos madrileños en las negociaciones con las compañías de asistencia sanitaria.

Según explicó a ABC el doctor Vallaure, «existe un agravio comparativo hacia nosotros, ya que mientras las matronas están percibiendo 8.000 pesetas por parto atendido, para los tocólogos las tarifas oscilan entre las 5.000 y las 11.000. UNESPA es la que menos paga, mientras que Asisa es la que más. Los baremos de Sanitas oscilan aproximadamente sobre las nueve mil pesetas».

Pablo Vallaure

«La mayor parte de la gente –continuó Pablo Vallaure– piensa que los médicos que atienden partos en las compañías privadas están entre los profesionales mejor pagados. Eso no es así. El local de la consulta, el material e instrumental, los desplazamientos y el sueldo de la enfermera corren por cuenta del médico. Además, los honorarios por consulta oscilan entre las quinientas cincuenta y las mil pesetas, según la compañía de que se trate, y existen algunas que no nos abonan la tercera o sucesivas consultas celebradas en el mismo mes. Asisa, por ejemplo, está establecida como una cooperativa de médicos, pero, al menos respecto a nosotros, hay gente que "se está llevando toda la tarta".»

«Queremos que el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Javier Matos –terminó–, inste a todas las compañías privadas para que se ajusten a los baremos que hemos establecido. El próximo jueves, a las ocho y media de la tarde, celebraremos otra asamblea en el Colegio de Médicos, y si para el día 1 de abril las compañías no han actualizado las tarifas comenzaremos a cobrar nosotros mismos los partos».

Fuente: Hemeroteca diario *ABC*

Todo ello ha quedado no solo en las memorias vivas de matronas interesadas en el conflicto y las de la AEM, empezando por su presidenta emérita, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, que dirigió personalmente la acción, sino en la hemeroteca que guarda la noticia sin otro interés que el de informar de lo que sucedió.

Independientemente del logro económico que fue tan grande como justo para las matronas afectadas, la AEM demostró su fuerte implicación en todas las causas de las matronas, su compromiso, conocimiento y un poder de cohesión grande entre el colectivo.

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Humanización
- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP
- Otros cursos de Enfermería

aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

Entrevista a Mª Teresa del Hierro Gurruchaga, matrona pionera en la universidad

Mª Teresa es matrona desde hace más de 40 años, licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Deusto, en el País Vasco, Doctora en Ciencias de la Salud, pero, sobre todo, fue la primera matrona Directora de un Departamento Universitario cuando todavía eran, en su mayoría, los facultativos quienes ocupaban estos cargos. Una gran luchadora que desde la universidad ha hecho mucho por nuestra profesión.

Pregunta. Hola, Maite, permíteme que te llame así coloquialmente porque además de colegas de profesión somos amigas, y también creo que en nuestro colectivo te conocen más con este nombre. No sabes lo feliz que me has hecho concediéndome el honor de realizarte esta entrevista. Confieso que no ha sido fácil elaborarla, es muy amplia tu carrera profesional y, por encima de nuestra amistad, hay un enorme respeto siendo tú un referente para nuestra profesión en la universidad. Te he presentado como la primera matrona Directora de un Departamento Universitario en el País Vasco, ¿podrías explicarnos un poco cómo fue todo ese proceso y lo que realmente supuso ese inicio dentro del ámbito universitario?

Respuesta. Hola, Maribel. En primer lugar, quiero agradecer vuestra atención y la oportunidad de poder compartir estos 41 años de profesión con vosotras y con las matronas en general. Los comienzos no fueron fáciles, en el año 1979 hice mi primer curso de postgrado en educación maternal en Madrid con el doctor Aguirre de Cárcer. Hablando con sinceridad, en la universidad tuvimos que cambiar muchas ideas, como por ejemplo salud y enfermedad por prevención y autocuidado, y no solo la asistencia al parto sino el parto psicoprofiláctico, conceptos nuevos en aquel momento. Así mismo, entre las enfermeras y matronas no se contemplaba la idea de ser profesores, de hacer de la profesión de matrona una carrera universitaria y una especialidad, de tomar parte activa en el proceso de formación como cambio fundamental en nuestra profesión, ya que siempre habíamos sido alumnos o alumnas, siempre parte pasiva. Y no fue hasta el año 1984 cuando llegaron las pruebas de idoneidad en toda España, aprobamos 63 profesionales, de los cuales 17 fueron enfermeras y dos matronas, y yo casualmente fui la más joven. Aparecieron los departamentos de enfermería, inexistentes hasta entonces, y, como bien dices, fui la primera directora de departamento de enfermería de las universidades españolas.

1979. Madrid. Curso Aguirre De Cárcer

P: Además, Maite, primero fuiste profesora titular en la Escuela de Enfermería y luego ya en la facultad. ¿Qué supuso este cambio para la enfermería? ¿Y para ti?

R: Solo los que tenían una titulación superior podían hacer el doctorado y acceder a las cátedras de escuelas universi-

tarias de enfermería, y en aquel tiempo los titulares de escuelas universitarias de enfermería éramos enfermeras y teníamos el camino cerrado. Decidí ponerme las pilas y estudiar Antropología en la Universidad de Deusto, y el Doctorado y la Tesis en la Universidad del País Vasco. Presenté todo mi currículum a la ANECA[1], que me la aprobó y obtuve el grado de profesor titular de universidad que era el equivalente a catedrático de escuela universitaria, ya extinguido hoy día. Para mí supuso un reconocimiento al esfuerzo de muchas noches estudiando, simultaneando durante el día trabajo, estudio y familia.

[1] ANECA es la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, un Organismo Autónomo, adscrito al Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

2003. Tesis Doctoral

P: Has ejercido casi toda tu carrera en la docencia y en la investigación. ¿Has echado de menos el trabajo asistencial con el que casi siempre se nos identifica a las matronas?

R: En un principio, al estar ya contratada por la universidad, solo tenía opción de realizar sustituciones de matrona, así que hice unas sustituciones en un pueblo de Vizcaya durante unos años, poniendo en práctica el curso que ya había realizado del Dr. Aguirre de Cárcer y entrevistándome con el alcalde para conseguir un aula especial. La verdad es que cuando empecé con la docencia y la gestión, sí eché de menos el trabajo asistencial, pero me ha llenado mucho el trabajo docente y de gestión, aunque siempre se me van los ojos detrás de una mujer embarazada... Pero bueno, hay que saber elegir entre la asistencia, la docencia, la gestión y la investigación, y yo elegí las tres últimas.

2003. Tribunal de Tesis (Dr. Incláh, Consejero Sanidad G. Vasco)

P: Eres vasca y eso ya connota una cierta bravura de carácter, pero además eres una mujer con garra y luchadora, dinos ¿cuál de todas las reivindicaciones para el colectivo de matronas crees que ha marcado un antes y un después en tu vida personal y profesional?

R: Buena pregunta. Pues la verdad es que soy peleona, y a veces por pura necesidad. En muchas ocasiones me he sentido sola, como un Quijote luchando contra los molinos. He estado en la Universidad del País Vasco y desde el rector hasta los bedeles que trabajaban en la universidad conocían a las matronas, porque durante más de 30 años he estado reclamando para las matronas: primero, la unidad docente, y segundo, la dotación económica para pagar a las matronas que daban clases. Además, trabajando en un colegio profesional donde la especialidad de matronas era la única reconocida como tal en la Junta de los Colegios, que en algunos posteriormente se eliminaron. En definitiva, me he pasado la vida peleando, no para mi persona, sino por el objetivo fundamental de reivindicar para las matronas un lugar especial y diferente.

P: Estuviste también inmersa durante cuatro años, del 86 al 90, en el grupo de trabajo de la especialidad de matronas en la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud, ¿cuáles fueron los mayores "hándicaps" o retos, si los hubo, que te encontraste en ese organismo? ¿Cuál fue la estrategia para superarlos?

R: Los años del 86 al 90 para los Grupos de Trabajo fueron unos años muy fructíferos porque además ya habíamos empezado a salir al extranjero en los congresos internacionales, veíamos cómo estaba nuestra profesión en otros países, veíamos qué plan de estudios podíamos desarrollar y en aquel momento estábamos en el Ministerio de Educación y Ciencia, representando a colegios profesionales, a Educación y a la Asociación Nacional de matronas. Fueron unos años muy productivos porque nuestro objetivo era el colectivo de las matronas, no era a nivel personal, ya que cada una teníamos nuestro trabajo, sino que era hacer un plan de estudios para las matronas, reivindicar que las matronas se amparasen en la directivas comunitarias 155 y 156, y acoplar esas directivas a la especialidad de matronas en España. Fueron años de mu-

cho trabajo. Además, en el plano personal nos conocimos un grupo de personas que nos guardamos mucho cariño y nos hemos ayudado toda la vida, en especial tengo un recuerdo muy grato, entre otras, de María Ángeles Rodríguez Rozalén, que además de ser una gran profesional, es una gran amiga.

1993. Vancouver. 23 Congreso Internacional ICM

P: Leyendo un poco por aquí y por allá, he comprobado que no solo has estado moviéndote en el ámbito español en tu defensa de la profesión, también en Europa, en el Comité Consultivo para la formación de matronas, ¿nos puedes contar un poco cómo fue aquella experiencia? ¿Qué hacíais en ese comité?

R: En el ámbito internacional, un grupo de matronas estuvimos en Bruselas trabajando en el Comité Consultivo para la formación de matronas en la Comunidad Europea, y aquí veíamos cómo se podrían armonizar los diferentes planes de estudio. Como anécdota curiosa todos los países enviaban matronas al comité de la CE, menos las alemanas que llevaban lingüistas. En un momento de la discusión sobre la redacción de un punto se discutía el término "llevar" o "ayudar" al parto, ya que en cualquier idioma una misma palabra puede tener distintos significados. Entonces nos pasamos dos días discutiendo qué significaba en cada país lo de llevar o ayudar. Al final se aprobó "llevar un parto" (en el sentido de hacerse cargo de...) y fijaos cómo una sola palabra puede cambiar la definición de la función de matronas y sus responsabilidades inherentes. También nos dimos cuenta de que España tenía, además de una formación superior a la de los demás países, unas funciones también superiores, con lo cual ese miedo que tenemos siempre a pensar que España está por detrás pues hay que quitarlo radicalmente.

P: Maite, sé que has publicado numerosos trabajos de investigación además de tu tesis doctoral sobre "Salud Bucal en la mujer embarazada", según tu experta opinión, ¿cómo crees que está el nivel de investigación en las matronas españolas? ¿Ha cambiado mucho desde que tú empezaste? ¿Qué crees que falta o que sobra?

R: Se habla de investigación porque hoy en día está muy en boga. Claro, para la investigación, además de mucho tiempo, lo que se necesita es dinero y tener muy claro qué es lo que hay que investigar. Ahora mismo se está diciendo que por lo menos hay que incrementar un 2% el presupuesto para investigación. En nuestra especialidad, si no tienes un laboratorio por detrás o no tienes unos recursos suficientes, investigar es muy difícil, y te limitas a recabar una recopilación de datos de campo y dar una interpretación a esos datos comparándolos con otros estudios similares en otros países. Es difícil la investigación si se enfoca de una manera individual. La soledad técnica es estéril, a menos que seas un genio. Necesariamente tiene que ser multidisciplinar, puro trabajo en equipo, o sea que si estamos dentro de una universidad y la universidad es por definición universal, las investigaciones tienen que ser multidisciplinares. No entiendo muy bien que se investigue solo en enfermería o matronas sobre unos cuidados específicos.

P: Y ya puestas en este tema, ¿qué les dirías a las nuevas generaciones de matronas que quieren investigar o seguir investigando dentro de nuestra profesión? ¿Crees que de verdad hay un interés por profundizar en nuestro cuerpo de conocimientos o es solo un tema curricular para la obtención de una estabilidad laboral?

R: A las nuevas generaciones de matronas, sobre el tema de investigación, les recomendaría que se acoplen a grupos más amplios de investigación multidisciplinar, que es donde van a poder tener mayor campo de actividad investigadora. También quiero decir que muchas veces nos centramos en una investigación y lo que también nos tenemos que centrar es en los cuidados a la mujer, porque podemos ser muy buenos investigadores, pero nosotros estamos tratando con seres humanos, eso lo he dicho siempre en mis clases, durante 40 años, que son seres humanos con los que estamos trabajando y que no son meras máquinas.

1999. Dr. Patarroyo Doctor Honoris Causa UPV-EHU

P: Y cambiando de tercio, como diría aquel torero, también has estado como vocal en el Colegio de Enfermería de Bilbao representando y apostando por un colectivo minoritario dentro de la Enfermería, ¿cómo ves tú nuestra situación dentro de otro colectivo tan grande? ¿Crees que ser minoría nos ha perjudicado o nos ha beneficiado?

R: En el Colegio Profesional de Vizcaya creo que pude trabajar mucho por la profesión como Vocal-Matrona. Cuando empecé en el colegio, yo era entonces directora del departamento de enfermería en la universidad, y me acuerdo que organicé los primeros cursos de postgrado en España, sobre la base de un Boletín Oficial que había leído en la universidad y que se publicó en el año 1994. Eran unos cursos de postgrado para profesionales a los que se podía acceder y que otorgaban una puntuación universitaria para la carrera profesional. Este fue el comienzo a partir del cual se organizaron muchos cursos en Vizcaya, además de muchas otras actividades dentro del colectivo de matronas, y concursos. Todos los meses teníamos una charla informativa a la cual se invitaba a ponentes externos y donde, al terminar la charla, las matronas nos veíamos y podíamos compartir impresiones con "pintxos" incluidos. En este sentido el colegio me dio la oportunidad de estar al día sobre lo que estaba pasando todos los días en los hospitales. Esta fue una etapa muy productiva. También es verdad que en etapas posteriores, como decía al principio, me he sentido muy sola luchando contra los molinos, ya que trabajaba por un colectivo de matronas donde, al parecer, la única interesada en sacar adelante las propuestas del colectivo dentro de esa Junta era yo.

P: Y respecto a lo anterior, tengo una pregunta que ronda entre nuestras lectoras, ¿algún día tendremos un colegio profesional propio como en tiempos pasados? ¿Qué ventaja o inconveniente tiene según tu larga experiencia como vocal?

R: Me preguntas ahora sobre si algún día tendremos un colegio profesional de matronas. Si esto me lo hubieses preguntado hace 20 años hubiese dicho que no, que con los colegios profesionales se cubren todas las necesidades de las matronas. Hoy día, con la debida distancia y desde mi jubilación, creo que es una de las razones para seguir adelante, trabajando en los colegios, para que los colectivos de matronas sean independientes, aunque no sé si se va a lograr algún día, porque es una especialidad de postgrado de enfermería, con lo cual yo lo veo difícil porque para ello tendríamos que cambiar el plan de estudios, único y exclusivo, para ser matronas y poder tener un colegio profesional propio. Pero bueno, cosas más raras se han visto. Sin ir más lejos, un virus ha paralizado el mundo. ¡Quién lo iba a decir!

P: Bueno, Maite, me ha dicho un pajarito que eres una gran aficionada al futbol, y no solo del Bilbao, sino que eres una gran seguidora del equipo de futbol con tus alumnos de enfermería. Cuéntanos un poco, por favor, de ese lado tan desconocido. ¿Qué significa para ti?, ¿qué te aporta?

R: Lo del fútbol, claro es una cosa rara. Un día, vinieron dos profesores de anatomía, que a la vez son profesores también de medicina deportiva, y le propusieron a la directora que los alumnos de enfermería fueran al campo de San Mamés a cubrir emergencias, por si había algún accidente, caídas, etc., porque son 50.000 espectadores. La propuesta era para que esa actividad se realizara a través del departamento de enfermería. La siguiente cuestión era designar quién se iba a encargar, y como todo el mundo sabe que a mí me gusta el fútbol, que soy del Athletic de Bilbao y que siempre que se me presenta algo nuevo siempre digo que sí, pues eso, empezamos en el año 94. Hicimos con los alumnos cursos de formación en urgencias con bomberos, sobre extinción de incendios, con actividades ante grandes catástrofes, evacuación en sitios cerrados, asistencia de primeros auxilios, de RCP, de evacuación del estadio, etc. Desde entonces, hemos estado siempre con los alumnos para supervisar y a darles un apoyo, bueno pues así, hasta que me he jubilado. Tengo algunas fotos curiosas.

2005. San Mamés. IMQ.

P: Y por último y para ir finalizando, una pregunta que le hago a todos y todas las personas que entrevisto, ¿qué mensaje les darías a las nuevas generaciones de matronas?

R: Me gustaría mandar desde aquí algunos mensajes, primero a las matronas, para que no dejen de estudiar, prepararse y mantenerse al día en la profesión. En segundo lugar, para el colectivo de matronas en el ámbito nacional, para que no se dividan y se mantengan siempre unidas en torno a la

Asociación Española de Matronas. También quería mandar un agradecimiento especial a la persona que más ha hecho por las matronas en España, que no es otra que María Ángeles Rodríguez Rozalén, verdadera aglutinadora del colectivo. También a todas vosotras, compañeras y colegas, con las que he tenido la oportunidad de relacionarme, trabajar y divertirme, quiero agradeceros todo el saber que me habéis transmitido y mandaros a todas y todos un abrazo.

A nivel personal, a mi familia por todo el apoyo recibido durante estos años.

Bueno, Maribel, no me quiero olvidar de ti y de la ilusión que me ha hecho esta entrevista. Tú también eres una amiga muy especial. Un fuerte abrazo.

Para finalizar, Maite, sabemos que has iniciado una nueva etapa ya dedicada en tiempo completo a ti y a tu familia, pero desde la Asociación Española de Matronas, y siendo conocedoras de todas las cosas que has aportado a nuestra profesión, queríamos agradecerte de corazón todos estos años dedicados a nosotras. Sirva esta entrevista como un pequeño detalle de homenaje a tu trayectoria profesional. Te deseamos lo mejor en este periodo de vida personal y familiar, y que puedan disfrutar de ti y tú de ellos.

Muchas gracias por tu tiempo y dedicación, y como no, queda pendiente celebrar con júbilo, el tránsito de tantos años de entrega universitaria a años de recolecta afectiva y personal. Ha sido un regalo para mi poder entrevistarte y, sobre todo, ser tu amiga.

Maribel Castelló López

1997. Valencia - Fin de Curso UDM

Éxito de la intervención de la AEM en la constitución de una bolsa única de matronas de la CAM

En el número anterior dábamos información sobre la injusta situación, mantenida durante años, de la bolsa de matronas de Madrid, para lo cual fue requerida la intervención de la Asociación Española de Matronas. No sería mucho decir que esta intervención ha sido decisiva tras los requerimiento hechos desde la Asociación Española de Matronas (AEM) a todos los implicados y responsables, empezando por el Consejero de Sanidad de Madrid, la Directora de RR.HH. del SERMAS y los sindicatos del sector, ya que tras el primer contacto de la AEM con estos, en febrero de 2020, solicitando de manera urgente la creación de una Bolsa Única para Enfermeras Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica, situación enquistada y desatendida por años, finalmente se ha resuelto con la publicación del "Acuerdo sobre la constitución de una bolsa única para la selección de personal temporal estatutario en la categoría profesional de matrona en todos los centros sanitarios adscritos al servicio madrileño de salud", el 27 de enero de 2021.

A pesar del logro que ha supuesto para las matronas solventar una situación agraviante impuesta desde 2012, fecha de la última OPE en función de la cual confeccionaron un "bolsín" injusto, discriminatorio y altamente ineficaz, quedan justamente dudas sobre la agilidad, justicia y acierto de la baremación de los méritos.

No obstante, el objetivo primero está cumplido, y la AEM satisfecha una vez más de actuar decidida y eficazmente, aun sin vínculos de socios, con esta asociación la mayoría de afectadas/os y también, antes que tantas otras entidades que tiempo tuvieron de hacerlo antes y se han "personado en la causa más de cara a la galería que de forma real", lo que en el argot ciclista se llama "chupando rueda".

La AEM responde a la consulta pública sobre la propuesta de modificación de la Ley del aborto

Como viene siendo habitual desde la constitución de la Asociación Española de Matronas en 1978, y debido a su carácter científico, se ha convertido en órgano consultivo de los Ministerios de Sanidad y Educación, tanto en materia de formación de Matronas como en proyectos, decretos y leyes relacionados con la salud de la mujer y del niño, motivo por el cual viene informando en las últimas cuatro décadas todos los decretos relacionados. El último de los cuales ha sido la reciente propuesta de cambio de la Ley del aborto. Desde la AEM se ha remitido el siguiente planteamiento al respecto:

OBSERVACIONES AL PROYECTO DE MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO 831/2010, DE 25 DE JUNIO, DE GARANTÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA PRESTACIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La Asociación Española de Matronas, en calidad de asociación científica, y en respuesta a la preceptiva CONSULTA PÚBLICA PREVIA DEL PROYECTO DE MODIFICACIÓN REAL DECRETO 831/2010, de 25 DE JUNIO, DE GARANTÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA PRESTACIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, INFORMA:

Antes de entrar en la materia que nos ocupa, la modificación de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo, es importante analizar la incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo con el fin de evaluar las tendencias y el impacto de los programas y políticas nacionales sobre la salud reproductiva, contando con que nuestro país está englobado en la segunda categoría de las tres establecidas para los países europeos que se ajusta a un diseño de sistema de vigilancia limitado, a caballo entre los fiables y los que carecen de sistema de vigilancia de interrupciones voluntarias de embarazo.

A la vista de las estadísticas nacionales al respecto, según nuestro criterio como asociación científica, la interrupción voluntaria del embarazo en nuestro país y en otros, se está utilizando por alto porcentaje de mujeres como medio de planificación familiar, ya que no utilizan ningún método anticonceptivo (según la encuesta 2020 de la Fundación Española de Contracepción http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-de-anticoncepcion-2020/) circunstancia rechazada expresamente por la ONU desde la Conferencia del Cairo, 1994, sin que el Estado se haya involucrado plenamente en políticas que indirectamente conduzcan a su reducción: Educación sexual, Políticas adecuadas de Planificación Familiar y Protección a las familias.

En relación al tratamiento, siempre abogaríamos por el método más seguro y menos intervencionista para las mujeres.

Consideraciones previas

- De las últimas estadísticas publicadas se desprende que el 90,90% de las mujeres que solicitan un IVE, lo hacen bajo el epígrafe "Motivación de la mujer".
- Respecto al uso de anticonceptivos, el 40% de las mujeres que han optado por un IVE afirma no haber utilizado ninguno.
- En cuanto a la reiteración de abortos, más de un 35% (35,87%) de las mujeres que han optado por un IVE tenían entre 1-5 abortos previos.
- Asumiendo un crecimiento vegetativo con un saldo negativo cada vez más marcado, se destaca la desproporción alarmante y llamativa entre el número de nacimientos 360.617 (2019) y el número de IVEs total (99.149) 27,49%, o 93.279 IVEs, si limitamos a solo residentes.

Problemas que se pretenden solucionar con la nueva norma

El RD 831/2010, objeto de propuesta de modificación, definía como objetivo el "establecer un marco básico que asegure la igualdad y calidad asistencial de la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y que garantice a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan".

- **85% de la demanda de la interrupción voluntaria del embarazo se realiza en instalaciones privadas.**

Este hecho no es un problema, sino una consecuencia de las ocupaciones hospitalarias con otros procesos, del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales del SNS amparada por la Constitución Española, de la falta de utillaje y preparación específica de los profesionales en técnicas de evacuación fetal como aspiración Karman y D&E por estar fuera de su formación curricular; todo ello ha obligado a vehiculizar la prestación a través de clínicas **concertadas acreditadas** y sujetas, al menos como afirman en el mismo documento, a inspección y control del propio Ministerio, para asegurar el objetivo de calidad asistencial.

Por otra parte, la dependencia funcional de estos establecimientos, no reportan un mayor gasto al SNS.

- **Dificultad relativa a la necesidad exclusiva del uso quirúrgico de las instalaciones.**

Las necesidades individuales de las mujeres que opten por un IVE, perfectamente informadas de riesgos y beneficios de las técnicas disponibles, deben ser siempre consideradas, así como su condición clínica previa y post-aborto, incluyendo además asesoramiento anticonceptivo.

El hecho de que el aborto farmacológico sea actualmente posible no implica que pueda ser convertido en una norma exclusiva de tratamiento porque esta circunstancia conlleva la limitación/anulación de la libertad de elección de la mujer ante un método no 100% seguro y con efectos secundarios, aunque en la mayoría de los casos, leves, pueden producirse complicaciones graves que requieran asistencia especializada y urgente.

Está absolutamente contraindicado en determinadas situaciones clínicas.

No es recomendable en otras tantas situaciones y condiciones específicas de la mujer.

No sería el método idóneo en casos de mujeres que deseen un proceso rápido, mujeres incapaces de comprender las instrucciones del procedimiento y en los casos de imposibilidad de seguimiento clínico.

También existe riesgo desconocido de los medicamentos abortivos en caso de fracaso del tratamiento médico y de continuación del embarazo.

Por tanto, el método farmacológico sería una opción recomendable siempre que se realice con un seguimiento médico.

En relación a la afirmación de que "con la atención en centros de Atención Primaria extra hospitalaria se puede proporcionar esta prestación, resolviendo al mismo tiempo los dos problemas anteriormente descritos: la sobresaturación hospitalaria dentro del SNS, así como la atención dentro del sistema público a través de los centros extra hospitalarios que no necesitan equipamientos quirúrgicos" hay que realizar otras tantas matizaciones:

1. Requeriría crear no solo unos servicios extra-hospitalarios dedicados a tal función, ya que no es posible que la red asistencial de Atención Primaria actual pueda encargarse de esta prestación debido a su las cargas de trabajo actuales (habituales), sino y además a la carencia de profesionales (médicos de familia y matronas) formados en ecografía obstétrica (necesaria pre y post aborto como contempla el protocolo de atención a los IVE farmacológicos).
2. El protocolo actual de IVE farmacológico implica, posiblemente, más visitas al dispositivo sanitario que lo proporcione que en el caso de los abortos quirúrgicos.
3. Requeriría una infraestructura de soporte 24 h para dar cobertura de las urgencias de los IVE farmacológicos que, como se sabe, se pueden alargar en el tiempo (horas a días) hasta finalizar el aborto, porque en la evolución del proceso y con frecuencia se suceden distintos síntomas de alarma para las mujeres (que van desde dolores, sangrados, vómitos, fiebre... de mayor o menor intensidad) a fin de evitar la derivación a los centros hospitalarios del SNS y sobrecargarlos aún más.
4. Por otra parte, precisar que en nuestro país no ha sido aprobada la indicación para interrupción del embarazo del Misoprostol y solo está autorizado como tratamiento compasivo. (Cytotec o Misofar disponibles en España). Se tendría que legislar previamente al respecto sobre indicaciones y uso normalizado.

Necesidad y oportunidad de su aprobación

Curiosamente el ejemplo de Francia que proponen y cuya tasa actual respecto al aborto farmacológico se ha elevado del 41% (2011) al 69% actual (2018) no extraña si se tiene en cuenta:

- La mifepristona fue sintetizada en Francia por un grupo científico y técnico de la compañía farmacéutica Roussel Uclaf en París.
- Francia, Reino Unido y Suecia fueron los primeros países en registrar el fármaco, el uso de la mifepristona se aprobó en Francia en 1988 por lo que es lógico que el porcentaje de utilización del método abortivo medicamentoso en este país sea elevado.
- El aborto farmacológico en Francia está autorizado en hospitales (1990), en medicina en la ciudad, en CPEF (2004), a médicos generales o ginecólogos, y a matronas que cuentan con prescripción autónoma y fue incluida esta autorización en la misma, en 2016.
- Se han reducido, entre 2000 y 2011, el número de establecimientos de salud que realizaban abortos en 130 en Francia, lo que implica que haya menos clínicas que llevan a cabo abortos instrumentales.
- Hay factores objetivos que inducen a la elección del aborto farmacológico (reducción de tiempos de espera, mayor autonomía para las mujeres, sensación de secreto, etc.).
- Y factores subjetivos como la consideración de método no intervencionista que provoca menos rechazo por parte del personal médico o pacientes, falta de información a las mujeres sobre posibles alternativas, falta de formación de los profesionales en aborto instrumental, etc.).

Sin embargo, en Francia, **el plazo legal para el aborto** depende del método elegido. Si es **farmacológico** se realiza hasta el final de la quinta semana de embarazo, o siete semanas después del inicio de la última regla

normal y si se efectua en un establecimiento de salud este periodo puede extenderse a las siete semanas de embarazo, o nueve semanas después de la última regla. La propia Haute Autorité de Santé (HAS) recomienda el aborto con medicamentos en AP hasta 5 SG y en los hospitales hasta 7 SG. Después de las 7 SG recomienda usar la aspiración (método instrumental).

El procedimiento se enmarca en una serie de visitas médicas antes, durante y después del aborto cuatro veces a lo largo de tres semanas: análisis preliminares, dos consultas médicas por toma de medicación y una consulta médica de seguimiento. En el caso de las menores conlleva tratamiento especial de consultas (psico-social previa y posterior obligadas) y autorización paterna además.

No tenemos claro, como afirman, que "la simplicidad de las instalaciones requeridas reducen el coste total de los procedimientos a un tercio de los quirúrgicos" porque quizá el monto estructural de una asistencia completa segura extra-hospitalaria dentro del SNS, sea bastante más elevada finalmente, salvo que la asistencia se reduzca a una mera indicación de toma de medicamentos (incluso vía telefónica) sin control previo y posterior, **algo que sería inadmisible**.

Respecto al momento que se ha elegido para llevar a cabo esta reforma, no solo no nos parece correcto, en contra de lo que ustedes afirman, sino inoportuno en medio de la crisis sanitaria que estamos viviendo. Desconociendo el estudio realizado conjuntamente con las comunidades para su aplicación, nos sorprende la celeridad con la que quieren poner en marcha el acuerdo, tanto más reiteramos, en la situación de alerta sanitaria. No quisiéramos pensar que prime la oportunidad del desapercibimiento de la sociedad en medio del caos socio-sanitario para implementar una nueva normativa que no cumple con el objetivo prioritario de ofrecer calidad asistencial en la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo contemplada en el RD 831/2010. Al menos, es la primera impresión ya que desconocemos el contenido completo que defina el cómo, dónde, cuándo, cuánto y quién.

Objetivo de la norma

Afirman que la finalidad es establecer las medidas adecuadas para que los centros sanitarios extrahospitalarios puedan realizar esta nueva técnica, evitando que la mayoría de las mujeres se vean abocadas a tener que asistir a establecimientos privados hospitalarios para su intervención, con lo que la facilidad de nueva técnica farmacológica, mayor intimidad del procedimiento no quirúrgico, asesoramiento de servicio público en el sistema y disminución al final de costes puedan gradualmente hacer que exista una mayor concienciación sobre el tema, disminuir el número de mujeres repetidoras y disminuir el número de interrupciones voluntarias del embarazo a una cifra más acorde con las características sociales de nuestro país. No creemos que sea posible de esta forma, al igual que sucede en Francia con un incremento paulatino del aborto (232.200 en 2019), porque se ha "naturalizado" la práctica entre la población, sumado al detrimento de la accesibilidad a la anticoncepción para las mujeres no muy jóvenes.

En Francia hay que mencionar la realidad de que los más jóvenes, como solución a un embarazo no deseado, utilizan cada vez menos el aborto, probablemente por **la accesibilidad para estos a distintos métodos anticonceptivos**, que les facilita obtener la píldora anticonceptiva, condones, implantes o DIU de forma anónima y gratuita de su médico o de Planificación Familiar, medida que se ha extendido a los menores de 15 años a partir de agosto 2020.

Conclusiones

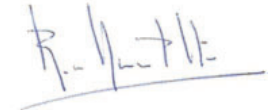
1. **El planteamiento del método farmacológico como alternativa recomendable para la solución al IVE es una buena opción, siempre que se cumplan los requisitos:**
   - Libre elección de la mujer.
   - Garantía de seguimiento clínico del proceso, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO):
     - Ecografía vaginal para confirmación de la gestación, de su correcta localización y de la vitalidad embrionaria, además de una correcta datación.
     - Confirmación de la ausencia de contraindicaciones.
     - Información a la mujer incluyendo alternativas terapéuticas como el legrado quirúrgico, aspiración y D&L, según recomendaciones de la OMS.
     - Consentimiento informado.
     - Profilaxis anti-D a las mujeres no sensibilizadas Rh (-).

  - Información sobre el seguimiento y manejo de posibles efectos secundarios.
  - Posiblemente sea recomendable una profilaxis antibiótica.
  - Programación de visita de confirmación de la vacuidad uterina.
- Edad gestacional menor de nueve semanas.
- Infraestructura, equipamiento y personal especializado.
- Personal no sujeto a objeción de conciencia.

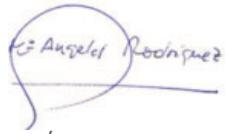
2. Independientemente del método utilizado en el tratamiento de la IVE es urgente que se rebaje el número de abortos legales y para eso hay que poner en marcha políticas, ya inaplazables, en relación a:

- Implantación de programas sólidos de educación afectivo-sexual-reproductiva para todos los jóvenes.
- Desarrollo de políticas educativas/informativas específicas para colectivos vulnerables, tales como mujeres migrantes, de alta incidencia.
- Dotación de recursos económicos suficientes de ayuda a la mujer que desea tener hijos y políticas, en general, que promuevan la natalidad. El descenso paulatino y continuado del número de nacimientos es un problema de estado a medio y largo plazo.
- Acceso fácil y gratuito (especialmente entre los jóvenes), sin diferencias por territorios, a los distintos métodos anticonceptivos.

Firmado:



Rosa M.ª Plata Quintanilla



M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén.

Presidenta Relaciones Institucionales

Madrid, 4 de febrero de 2021

CURSOS

Programa de formación continuada de la AEM

Por razones ajenas a la Asociación Española de Matronas, relacionadas con la logística, ha sido necesario modificar las fechas de los cursos ya programados para mayo y octubre de 2020.

Las nuevas fechas propuestas quedan SUPEDITADAS A LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA POR EL CORONARIRUS

1. CURSO DE ECOGRAFÍA BÁSICA PARA MATRONAS

Fecha definitiva: mayo 2021.

Horario: mañana de 9:00 a 14:00 h y tarde de 16:00 a 20:00 h.

2. CURSO DE RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Fecha definitiva: mayo 2021.

Se realizará en tres días y jornadas de mañana y tarde (9-14 h/16-20 h) salvo la última, que solo será en horario de mañana (9-12:30 h)

3. CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

Fecha definitiva: octubre 2021.

Horarios: solo tardes de 15:30 a 20:30 h.

4. ACTUALIZACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA PARA MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha definitiva: octubre 2021

Horarios: mañanas de 9:00 a 14:00 h.

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán *e-mail* de confirmación o denegación para participar en el curso.

Aunque para muchos la vida parece haberse paralizado la Asociación Española de Matronas no ha parado de trabajar en una larga lista de acciones que resumimos aquí y de las que cumplidamente hemos ido dando cuenta en nuestra Newsletter mensual, INFO Matronas.

Nuevo aplazamiento del XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM

Por tercera vez consecutiva, el avance de la pandemia obliga a la Asociación Española de Matronas (AEM) a un nuevo aplazamiento del proyectado congreso. Se han barajado muchas posibilidades, y como expresamos en el número anterior, incluso la ya tan habitual en estos tiempos de restricciones de encuentros sociales, la vía telemática, que desechamos por innumerables circunstancias expresadas.

Por tanto, se han determinado nuevas fechas y en breve se dispondrá de más información sobre la ampliación de recepción de trabajos para quienes deseen participar en el mismo.

XX Congreso Nacional de Matronas

Nuevo aplazamiento: 21, 22 y 23 octubre de 2021

JUEVES 21 de octubre de 2021		
TALLERES (precongreso)		
HORARIO MAÑANA 10:00 – 14:00 h	**TÍTULO**	**PONENTE**
Taller 1	Suelo pélvico, más allá de la teoría	Lola Serrano Raya (matrona)
Taller 2	Suturas y anudados	Remedios Climent y Marta Benedí (matronas)
Taller 3	Asesoramiento en lactancia materna (LM): abordaje desde la práctica	Cintia Borja Herrero. IBCBL (enfermera pediátrica)
Taller 4	Emergencias obstétricas: • Distocia de hombros • Hemorragias • Eclampsia • RCP	Grupo español para la prevención de PBO

Programa provisional del XX Congreso Nacional de Matronas

Alicante, 21, 22 y 23 de octubre de 2021

JUEVES 21 de octubre de 2021		
HORARIO TARDE	**ACTIVIDADES**	
16:00 h Inauguración oficial	Acto inaugural, bienvenida y presentación del XX Congreso Nacional de Matronas	
16:30 h	CONFERENCIA INAUGURAL: "Prehistoria, género y matemáticas" D. Francisco A. González Redondo. Doctor en Filosofía y Matemáticas. Profesor en UCM	
HORARIO	**ACTIVIDADES**	**PONENTES**
17:10 h	Consulta preconcepcional de la matrona	Teresa Molla (matrona)
17:40 h	"Lactoferrina: solución eficaz para la anemia ferropénica durante el embarazo. Últimos avances y estudios científicos"	Pilar Mier (ingeniera química)
18:10 h	PAUSA CAFÉ	
18:30 h	Vacunas y embarazo	Noelia Rodríguez (matrona)
19:00 h	Microbiota y embarazo	Dra. Marta Selma
19:30 h	Prasterona: nueva alternativa terapéutica para el síndrome genitourinario de la menopausia	Dr. Sánchez Borrego
20:00 h	Suelo pélvico: el gran olvidado. Lo recuperaremos. Tecnología HIFEM	Lys Garía Villaplana (matrona) José Ignacio Mazzanti
20:30 h	COCKTAIL DE BIENVENIDA	

VIERNES 22 de octubre de 2021		
HORARIO MAÑANA	**ACTIVIDADES**	**PONENTES**
9:00-11:00 h	COMUNICACIONES ORALES	
11:00 h	PAUSA CAFÉ	
	MESA ÉTICO-LEGAL	
11:30-12:45 h	Legislación para matronas. Toma de decisiones Consentimiento informado: quién, cómo y cuándo	José Pascual Fernández Gimeno (abogado) Isabel Castelló López (matrona)
12:45-13:45 h	MESA DEBATE: VIENTRES DE ALQUILER vs. MATERNIDAD SUBROGADA	
12:45 h	Visión de las dos diferentes posturas y tiempo de preguntas y debate.	Nuria González López (abogada independiente. Especialista en Derechos Humanos) Dra. Modesta Salazar Agulló (matrona)
HORARIO TARDE	**ACTIVIDADES**	**PONENTES**
16:00 h	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE	
16:00 h	Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad	Noelia Benito Vicente (matrona). Ana Carmen Esono Ruiz-Botau (matrona)
17:00 h	PAUSA CAFÉ	
17:30 h	MESA ATENCIÓN INTEGRAL	
17:30 h 18:30 h 18:30 h	Buenas prácticas en duelo perinatal La salud mental perinatal Tecnología. TIC para matronas Debate	D. Paul Cassidy Dra. Lluisa García D. Adrián Sarriá Cabello
19:00 h	COMUNICACIONES ORALES	
21:30 h	CENA DEL CONGRESO (NO GALA-DISFRACES)	

SÁBADO 23 de octubre de 2021		
HORARIO	**TÍTULO**	**PONENTES**
9:00-11:00 h	MESA MISCELÁNEA	
9:00 h	Anquiloglosia y lactancia materna: evaluación por la matrona	Lucía Moya Ruiz (matrona) Marcos Camacho Ávila (matrón)
9:30 h	Estado actual de implantación de la Estrategia de atención al parto normal (EAPN	Soledad Carregui Vilar (matrona) Ramón Escuriet (matrón) Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna-URL. BRNA
10:00 h	"Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC"	
	Debate	
11:00 h	PAUSA CAFÉ	
11:30 h	MESA RESIDENTES	
11:30 h	Intercambio intergeneracional: Inquietudes residentes y del colectivo en general	Lorena Sánchez Álvarez (EIR). Matronas: María José Alemany Carmen Molinero Fraguas
12:30 h	**RESULTADOS DE LA ENCUESTA "TOMANDO EL PULSO A LAS MATRONAS"**	
12:30 h	"Hemos tomado el pulso de las matronas"	Mª Ángeles R. Rozalén
13:00 h	CONFERENCIA CLAUSURA: Las desconocidas aportaciones a la matronería de Florence Nightigale vigentes más de un siglo después.	Rosa Mª Plata Quintanilla Presidenta AEM
13:50 h	LECTURA DE CONCLUSIONES ENTREGA DE PREMIOS: Mejor comunicación Mejor póster ENTREGA DE PREMIOS "Maribel Bayón 2019" PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de Matronas	Secretaria Ejecutiva Presidenta del Congreso Presidenta AEM
14:30 h	FIN DE CONGRESO	

enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades

- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector

- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**

www.enferteca.com

App disponible para iOS y Android

grupoparadigma