

matronas

profesión

volumen 23
nº 2 • 2022



Editorial

Atención a las diversidades:
¿qué sabemos las matronas?
Àngels Paulí Cabezas,
Eva Vázquez Segura

Artículo original

Manipulación digital de la
presentación fetal + Sims
materna hacia el dorso fetal
en presentaciones
occipitoposteriores persistentes
Gloria M. Alcaide Gil

Las vivencias de las matronas
en la atención *online* a grupos
de mujeres durante el parto,
posparto y apoyo a la lactancia
Ester Muñoz-Sellés,
Anna Vancells-Prat,
Judith Tarrés-Rovira

Prevalencia de la lactancia materna
exclusiva en un hospital Best
Practice Spotlight Organization
Mireia Alcázar-Paris,
Inmaculada Gómez-Martín,
Susana Andrés-Vázquez,
Dani Andrés-Escobedo,
Montserrat Tiñena-Amorós,
Montserrat Martínez-Muñoz,
M.^a Ángeles Aceituno-López,
Esperanza Zuriguel-Pérez

Experiencias de mujeres
infectadas con COVID-19
durante el embarazo
José Iglesias-Moya,
Manuel Linares-Abad

Entrevista con Isabel Manzano Alonso

Presidenta de la Asociación
Profesional de Matronas Extremeñas
(APMEX) y del II Congreso de Matronas
de Extremadura y XX Congreso FAME

MAYO



Matronas Profesión



@matronasprof



@matronasprofesion

neo Bianacid

Una respuesta eficaz para el reflujo y la dispepsia
en un único tratamiento



Con
poliprotect®

DISPONIBLE TAMBIÉN
NEOBIANACID PEDIATRIC
(A PARTIR DE 1 AÑO)



Comprimidos y sobres para disolver en la boca

- Protege las mucosas del esófago y del estómago con una acción similar a la del moco fisiológico
- Es apto para su empleo durante el embarazo y la lactancia
- Útil para la prevención de situaciones que puedan irritar la mucosa



ACCIÓN TERAPÉUTICA
NO FARMACOLÓGICA



VISITA EL ÁREA RESERVADA WEB
PARA LOS MÉDICOS:
www.aboca.com

CONTACTA CON NOSOTROS
PARA CONOCER MÁS DETALLES:
infomedica@aboca.es

SON PRODUCTOS SANITARIOS  0373

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso. No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes. Productos Sanitarios conforme a la Directiva 93/42/CEE.

Fabricante: **Aboca S.p.A. Società Agricola** - Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR) - Italia

Comercializado por: **Aboca España S.A.U.** - C/ Jaume Comas i Jo,
2 entlo. 2ª 08304 Mataró (Barcelona) España

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVAMENTE PROFESIONAL

Aboca

matronas profesión

volumen 23 • nº 2 • 2022

Directoras

Àngels Paulí Cabezas

Eva Vázquez Segura

Comité editorial

M. Ángeles Aparici Navarro

M. Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

Comité asesor

Salomé Álvarez Rodríguez
Federación de Asociaciones
de Matronas de España

Rosa María Plata Quintanilla
Asociación Española
de Matronas

Irene Agea Cano
Asociación Andaluza
de Matronas

María José Ramón del Carmen
Asociación Científica
de Matronas de Aragón

Virginia Rodríguez Matías
Asociación Asturiana
de Matronas

Farah Harchaounen Martín
Asociación Canaria
de Matronas

María Teresa Gil Urquiza
Asociación Cantabra
de Matronas

Noelia Renedo Cofreces
Asociación Castellano-Leonesa
de Matronas

Ana Ballesta Castillejos
Asociación de Matronas
de Castilla-La Mancha

Gemma Falguera Puig
Associació Catalana
de Llevadores

Elena Palacio Brú
Asociación de Matronas
de Euskadi

Isabel Manzano Alonso
Asociación de Matronas
Extremeñas

Isabel Abel Diéguez
Asociación Galega
de Matronas

Isabel Sampedro Álvarez
Associació de Comares
de les Illes Balears

Vanessa Luquín Villanueva
Asociación de Matronas
de La Rioja

Cristina González Hernández
Asociación de Matronas
de Madrid

María José Caravaca Berenguer
Asociación de Matronas
de la Región de Murcia

Laura Alonso Fernández
Asociación Navarra
de Matronas

Asunción Obiol Saiz
Associació de Comares
de València

Edita

MAYO

Aribau, 185-187, 2.ª planta
08021 Barcelona
Tel. 93 209 02 55

matronasprofesion@edicionesmayo.es

López de Hoyos, 286
28043 Madrid
Tel. 91 411 58 00

Dirección artística

Emili Sagóls

Foto portada

©Shutterstock

Depósito Legal

B-40190-00

ISSN 1578-0740

ISSN electrónico 2696-6328

©Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos.
Queda prohibida la reproducción
total o parcial de los contenidos,
aun citando la procedencia,
sin la autorización del editor

Periodicidad cuatrimestral

Precio suscripción anual:
46,14 euros

Precio suscripción anual
para extranjero: 60 euros

Las normas de publicación,
así como los contenidos de la
revista, están disponibles en
[www.federacion-matronas.org/
revista/matronas-profesion](http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion)

Esta revista está indexada en las bases de datos CINAHL, CUIDATGE,
CUIDEN, IBECS, DIALNET, ENFISPO, LATINDEX y MEDES

 Matronas Profesión

 @matronasprof

 @matronasprofesion

www.edicionesmayo.es

Editorial

- 59 • **Atención a las diversidades:
¿qué sabemos las matronas?**
Àngels Paulí Cabezas,
Eva Vázquez Segura

Editorial

- 59 • **Attention to diversity:
What do midwives know?**
Àngels Paulí Cabezas,
Eva Vázquez Segura

Artículo original

- 60-67 • **Manipulación digital de la presentación fetal + Sims materna hacia el dorso fetal en presentaciones occipitoposteriores persistentes**
Gloria M. Alcaide Gil

- 70-77 • **Las vivencias de las matronas en la atención *online* a grupos de mujeres durante el parto, posparto y apoyo a la lactancia**
Ester Muñoz-Sellés,
Anna Vancells-Prat,
Judit Tarrés-Rovira

- 81-87 • **Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en un hospital Best Practice Spotlight Organization**
Mireia Alcázar-París,
Inmaculada Gómez-Martín,
Susana Andrés-Vázquez,
Dani Andrés-Escobedo,
Montserrat Tiñena-Amorós,
Montserrat Martínez-Muñoz,
M.ª Ángeles Aceituno-López,
Esperanza Zuriguel-Pérez

- 91-97 • **Experiencias de mujeres infectadas con COVID-19 durante el embarazo**
José Iglesias-Moya,
Manuel Linares-Abad

Original article

- 60-67 • **Efficacy of digital manipulation of the fetal presentation with maternal Sims in persistent occipitoposterior presentations**
Gloria M. Alcaide Gil

- 70-77 • **The experiences of midwives in online care for groups of women during prepartum, postpartum and breastfeeding support**
Ester Muñoz-Sellés,
Anna Vancells-Prat,
Judit Tarrés-Rovira

- 81-87 • **Prevalence of exclusive breastfeeding in a hospital Best Practice Spotlight Organization**
Mireia Alcázar-París,
Inmaculada Gómez-Martín,
Susana Andrés-Vázquez,
Dani Andrés-Escobedo,
Montserrat Tiñena-Amorós,
Montserrat Martínez-Muñoz,
M.ª Ángeles Aceituno-López,
Esperanza Zuriguel-Pérez

- 91-97 • **Experiences of women infected with COVID-19 during pregnancy**
José Iglesias-Moya,
Manuel Linares-Abad

Entrevista con Isabel Manzano Alonso

Presidenta de la Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX) y del II Congreso de Matronas de Extremadura y XX Congreso FAME

Interview with Isabel Manzano Alonso

President of the Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX) and II Congreso de Matronas de Extremadura and XX Congreso FAME

Atención a las diversidades: ¿qué sabemos las matronas?

Vivimos en un mundo globalizado, donde conviven personas de diversas etnias, culturas, creencias, identidades sexo-afectivas y de género, personas con diversidad funcional o intelectual o que se encuentran inmersas en procesos migratorios. Todas estas realidades plantean nuevos retos en nuestra profesión y también en nuestra formación, para saber atender con respeto y tolerancia los diferentes aspectos de la diversidad humana.

Quizá el primer paso que debemos dar sea reflexionar sobre la necesidad de abrir nuestro pensamiento y actitudes para entender la pluralidad de la población que atendemos y, a partir de ahí, preguntarnos si disponemos de los conocimientos y habilidades necesarios para hacerlo de forma adecuada.

Durante la pandemia de la COVID-19 nos hemos adaptado y formado, nos hemos actualizado en técnicas de información sanitaria (TIS), ofreciendo atención profesional por medio de ellas en actividades asistenciales, educativas, docentes y de gestión. De la misma manera, también necesitamos adaptarnos a los cambios que exige una sociedad plural, y, para lograrlo, necesitamos formación actualizada que nos permita atender desde la igualdad, el respeto y la tolerancia, y a través de una mirada interseccional, es decir, teniendo en cuenta todos los ejes de discriminación y opresión de las personas a quienes atendemos y acompañamos como matronas.

Hace unos años, en un editorial de la revista, ya hacíamos referencia a la importancia de huir de etiquetas estigmatizantes, lenguajes generadores de exclusión y prejuicios al referirnos a colectivos LGTBIQA+¹ y a nuestras necesidades formativas. Seis años después, la reflexión sigue siendo válida: ¿hemos podido actualizar nuestra formación para ofrecer atención profesional a la diversidad de etnias, culturas, creencias, identidades sexo-afectivas y de género y a la población migrada? ¿Sabemos más sobre estos temas? Y, sobre todo, ¿qué necesitamos?

En otro orden de cosas, queremos informaros de que Dolors Costa Sampere, que durante 5 años ha sido codirectora de la revista, ha cedido el testigo a Eva Vázquez Segura. Su gran dedicación, junto a sus conocimientos y experiencia en el sector, han contribuido sin duda alguna a mejorar el nivel científico y la difusión de esta cabecera. Desde este editorial te agradecemos, Dolors, tu empeño, tu ilusión, tu trabajo, tu saber y, en especial, haber podido compartir contigo *Matronas Profesión* todos estos años.

Asimismo, queremos agradecer a las autoras la confianza depositada en la revista para difundir vuestras investigaciones, y a todas nuestras lectoras su apoyo incondicional. La revista ya ha alcanzado 22 años de historia gracias a todas vosotras, y os necesitamos para seguir cumpliendo muchos más.

Bibliografía

1. Vázquez Segura E. Atención a la diversidad sexual y de género: un reto para las matronas. *Matronas Prof.* 2016; 17(3): 88-89.

Àngels Paulí Cabezas y
Eva Vázquez Segura
Dirección de *Matronas Profesión*

Manipulación digital de la presentación fetal + Sims materna hacia el dorso fetal en presentaciones occipitoposteriores persistentes

Efficacy of digital manipulation of the fetal presentation with maternal Sims in persistent occipitoposterior presentations

Gloria M. Alcaide Gil

Matrona en paritorio. Hospital de Montilla. Córdoba

RESUMEN

Objetivo: Conocer la eficacia de la manipulación digital de la presentación fetal junto a la posición de Sims materna hacia el dorso fetal en la rotación de las presentaciones occipitoposteriores (OP) a occipitoanteriores (OA).

Sujetos/material y método: Gestantes a término en trabajo de parto, desde 7 cm de dilatación, amniorrhexis, presentación OP en el parto (OPP) y firma de consentimiento. Se realizó un estudio cuasiexperimental, unicentro, prospectivo y de muestreo por conveniencia. Las variables fueron: paridad, presentación, epidural, tiempo en Sims, presentación a la finalización del parto, tipo de parto, test de Apgar y pH. Para el análisis de la efectividad de la intervención y de la comparativa de las características utilizamos la prueba de chi-cuadrado o Fisher; el test de la *t* de Student o de Mann-Whitney para las variables continuas, según siguiesen o no una distribución normal, y la correlación de Pearson o Rho de Spearman para evaluar la asociación entre variables continuas. Los factores incidentes en el éxito de la intervención se analizaron mediante regresión lineal logística y los resultados se expresaron en términos de *odds ratio* (OR).

Resultados: Con una muestra de 30 mujeres, los resultados fueron de un 83,3 % de finalización del parto en OA y de un 16,66 % en OP. De los partos que rotaron a OA, el 84,00 % fueron eutócicos. No hubo cesáreas en el grupo de finalización en OA. Los 5 partos que finalizaron en OP fueron cesáreas. No hubo diferencias en cuanto al test de Apgar y el pH entre ambos grupos.

Conclusiones: En la muestra del estudio, el uso combinado de ambas técnicas proporciona una elevada tasa de rotación de OPP a OA, con los beneficios obstétricos y neonatales que ello conlleva, y una reducción drástica de las cesáreas.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Occipitoposterior, malposición fetal, rotación fetal.

ABSTRACT

Objective: To determine the efficacy of digital manipulation of the fetal presentation together with the Sims position towards the fetal dorsum in the rotation of the occiput posterior (OP) presentations to occiput anterior (OA).

Subjects/material and method: Women in active labor, with at least 7 cm of dilation, ruptured bursa, OP presentation and signing consent. A quasi experimental, single-center, prospective and convenience sampling study was carried out. The variables were: parity, presentation, epidural, time in Sims, fetal presentation at the end of delivery, type of delivery, Apgar test and pH. For the analysis of the effectiveness of the intervention and the comparison of the characteristics, the chi-square or Fisher test was used; the Student's *t* test or the Mann-Whitney test was used for continuous variables according to whether or not they followed a normal distribution, and the Pearson correlation or Spearman's Rho was used to evaluate the association between continuous variables. The incident factors in the success of the intervention were analyzed using logistic linear regression, and the results were expressed in terms of odds ratio (OR).

Results: With a sample of 30 women, fetuses rotated to occiput anterior (OA) in 83.3 % of cases and only 16.66 % they finished in occiput posterior (OP). Of the deliveries that rotated to OA, 84.00 % were eutocic. There were no caesarean sections in the OA termination group. The five deliveries that ended in OP were caesarean sections. There were no differences in terms of Apgar test or pH between both groups.

Conclusions: In the study sample, the combined use of both techniques provides a high turnover rate from OP to OA, with the obstetrics and neonatal benefits that this entails, and a drastic reduction in caesarean sections.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Key words: Occiput posterior, fetal malposition, fetal rotation.

Introducción y justificación

La presentación más frecuente y favorable para la evolución de un parto es la occipitoanterior (OA)¹. El término *presentación fetal* se refiere a la porción anatómica fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna. Se denomina *posición fetal* a la relación existente entre el punto de referencia de la cabeza fetal y la pelvis materna; en la presentación de vér-

tice, la más frecuente, ese punto es la fontanela menor o lambda. Esta fontanela indica la situación del hueso occipital en el canal del parto. La posición óptima de la cabeza fetal durante el parto se produce cuando la parte posterior de la cabeza (hueso occipital u occipucio) se sitúa orientado hacia el pubis de la madre.

Entre las posibles distocias se encuentran las posiciones occipitoposteriores (OP), que aparecen cuando el occipucio se

Fecha de recepción: 11/1/2021. Fecha de aceptación: 6/9/2021.

Correspondencia: Gloria M. Alcaide Gil. C/Luciano Pavarotti, 8. 14014 Córdoba.

Correo electrónico: yoyimat1@hotmail.com

orienta hacia la parte posterior de la pelvis, pudiendo ser derecha (OPD) o izquierda (OPI), según donde se localice la fontanela menor².

Entre un 20 y un 40 % de las presentaciones fetales cefálicas inician el parto en OP. La mayoría realiza una rotación espontánea de 135° hacia el pubis materno, para colocarse en OA, pero aproximadamente un 30 % realizarán esta rotación hacia el sacro materno y mantendrán esa posición hasta el final del parto (OPP)³. De este modo, las presentaciones OPP representan entre un 1,8 y un 8,2 % del total de partos, siendo esta cifra mayor en primíparas con epidural (11-13 %)⁴.

Entre los factores asociados a la persistencia en OP se encuentran: estrechamiento del diámetro transversal de la pelvis menor materna, raza afroamericana, nuliparidad, edad materna avanzada, baja estatura materna, inducción y amniorrhexis artificial; el uso de anestesia epidural y un peso fetal superior a 4400 g son factores en discusión².

Con respecto a si la OPP es el resultado de una rotación desde OA u occipitotransversa (OT), o es la no rotación a OA desde una OP al inicio del parto, resultados obtenidos en diferentes estudios indican que el 75 % de los partos en posición OPP se deben al fracaso en la rotación a anterior desde una posición inicial en posterior⁵.

Los partos en presentación posterior están relacionados con un mayor número de partos instrumentados y cesáreas, desgarras perineales de 3.º y 4.º grado, periodos de dilatación y expulsivos más largos, mayor riesgo de hemorragia posparto, mayor uso de oxitocina y mayor tasa de corioamnionitis⁵.

Respecto a las complicaciones neonatales, se observa un aumento en: número de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal, número de recién nacidos (RN) con test de Apgar a los 5 minutos menor de 7, tiempo de ingreso neonatal y casos de acidemias fetales y de líquido amniótico teñido⁴. Estos datos demuestran que un parto con presentación en OA es más favorable para preservar la salud materno-fetal que un parto en OP.

El uso de determinadas posturas maternas para favorecer la rotación a OA es recomendable según los estudios realizados al respecto, pero además existe una herramienta menos conocida y utilizada para lograr esta rotación, que es la rotación digital de la cabeza fetal^{1,3,6-8}. Reichman concluye que la rotación digital/manual es una herramienta útil para gestionar la segunda etapa del parto de un feto en posición OPP, y que la maniobra gira con éxito al feto, reduciendo la necesidad de cesárea, parto instrumentado y de otras complicaciones asociadas con la OPP, como los desgarras perineales severos.

Los desgarras cervicales, las molestias maternas durante la realización de la técnica y el riesgo de prolapso de cordón son los posibles efectos adversos descritos, siendo estos muy poco frecuentes. Se trata de una técnica considerada segura, si es realizada por personal experto y en el inicio de la segunda etapa del parto antes de que la cabeza fetal progrese en el descenso del estrecho inferior de la pelvis^{9,10}.

En cuanto a la postura lateral para la rotación, Andrews diferencia dos modalidades, la lateral pura y la posición de Sims, en las que la gravedad actúa de manera diferente¹¹. Además, en la posición de Sims se produce un aumento del diámetro anteroposterior del estrecho inferior, lo que facilita la última fase del parto¹².

La confirmación de presentación OPP puede realizarse con ecografía abdominal. Recientemente, el uso de ecografía en el parto nos ofrece la oportunidad de comprobar la fiabilidad del tacto vaginal para asegurar la posición de la cabeza fetal durante el mismo. Diversos estudios han comunicado en este sentido errores al determinar digitalmente la posición de la cabeza fetal de hasta un 70 % de los casos en la primera fase de parto y de hasta un 30 % en la segunda, incluso antes de realizar un parto instrumental¹³⁻¹⁵, pese a que esta posición puede variar, a lo largo del tiempo, por la propia evolución del proceso de parto.

Actualmente, el diagnóstico de presentación OPP se supone por presentar características como: evolución lenta, dolor lumbar persistente, presentación alta y frecuente necesidad de estimulación oxitócica. El manejo habitual suele ser la modificación de la postura materna a través de decúbito lateral, cuadrupedia y Sims, en función de la evolución de la dilatación y del descenso de la presentación fetal, sin una estandarización de las prácticas al respecto.

Tras la búsqueda bibliográfica, no se encontraron estudios que reflejasen los resultados de la utilización conjunta de ambas técnicas (manipulación digital de cabeza fetal y posición de Sims materna hacia el dorso fetal), por lo que se decidió esta como principal variable del estudio.

Proponemos una técnica diferente a la descrita hasta ahora (manipulación digital a dos dedos sobre suturas lambdoideas, con la mano dominante), y reflejamos el porcentaje de OPP que rotan a OA con la realización de ambas técnicas unidas, la finalización en parto eutócico, instrumental o cesárea tras la manipulación, y si existe relación entre el éxito o fracaso de la técnica y la paridad, la presencia o no de anestesia epidural y la posición previa a la técnica (OP derecha, izquierda o directa).

Hipótesis

La manipulación digital de la presentación fetal con apoyo de la posición de Sims materna hacia el lado del dorso fetal favorece la rotación de una presentación OPP a OA, mejorando los resultados obstétricos.

Objetivos

- General: determinar la eficacia de la manipulación digital de la presentación fetal junto a la posición de Sims materna hacia el dorso fetal en la rotación de las presentaciones OP persistentes a OA.
- Específicos: conocer cómo finalizan los partos en los que se ha aplicado esta técnica, y determinar la tasa de éxito de la técnica en relación con variables como paridad, uso de anestesia epidural y posición fetal previa a la manipulación.

Método

El tipo de estudio fue cuasiexperimental, unicentro, prospectivo y de muestreo por conveniencia. El proyecto después del estudio piloto es realizar un ensayo clínico aleatorio (ECA), con un grupo de intervención y un grupo control, con una muestra más amplia. Pero, debido a las características del lugar de recolección de los datos, se presenta una muestra de estudio piloto con un diseño cuasiexperimental.

Ámbito de estudio

El ámbito de estudio fue el paritorio del Hospital de Montilla de Córdoba. Se trata de un hospital comarcal que atiende a una población de 64 000 habitantes, con unos 450 partos al año, y que actualmente se encuentra en proceso de acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).

Población de estudio

Gestantes de parto que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Gestante mayor de edad en trabajo de parto de bajo riesgo ingresada en el periodo del estudio.
- Diagnóstico de presentación fetal OPP en fase activa de parto con al menos 7 cm de dilatación y bolsa rota (ya que así disminuye el riesgo de error en el diagnóstico), el cual fue realizado a través de una exploración vaginal por una matrona con más de 10 años de experiencia y fue confirmado con ecografía abdominal (realizada por obstetra o matrona, según el caso).
- Gestación única en posición cefálica.
- Gestación a término (entre 37 y 42 semanas de gestación).
- Deseo de la gestante de participar en el estudio.

Variable dependiente principal

Rotación de la cabeza fetal de OPP a OA.

Variables independientes

- Paridad.
- Presencia o ausencia de anestesia epidural.
- Posición fetal previa a manipulación (OPD, OPI u OP).

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó durante tres años (de febrero de 2017 a febrero de 2020), interviniéndose en ese periodo a toda gestante que cumpliera los criterios de inclusión y firmase el consentimiento informado. Se elaboró una tabla de Excel (tabla 1) en la que se recogieron variables como paridad, edad materna, presencia o no de analgesia epidural, tiempo de dilatación en minutos, número de intentos de manipulación digital (máximo 3), finalización del parto (eutócico, instrumental o cesárea) y posición del feto en ese momento, tiempo en minutos en Sims, edad de gestación, presencia o no de desgarro perineal, test de Apgar al minuto y cinco minutos, y pH arterial y venoso.

Tamaño muestral

Teniendo en cuenta que el ámbito de estudio es un hospital comarcal, con una media de 450 partos al año, de los cuales no más de 36 mantendrían una presentación OPP (ya que la bibliografía refleja que esta posición se da en entre un 1 y 8 %), y utilizando la fórmula de tamaño muestral, necesitaríamos una muestra de 108 mujeres en 3 años si la recogida de datos se realizase todos los días de la semana.

Se estableció una muestra de 30 mujeres que cumplieran todos los criterios de inclusión para la realización del estudio como estudio piloto, y así presentar resultados preliminares.

Análisis estadístico

Previamente al análisis estadístico se evaluó la normalidad de las variables a través de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Las variables continuas se expresaron como medidas de resumen (medias, medianas) y dispersión (desviaciones estándar, rangos), y las variables categóricas en frecuencia y porcentaje.

El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo exhaustivo de todas las características de las pacientes, tanto sociodemográficas como obstétricas. Para el análisis de la efectividad de la intervención y la comparativa de las características

Tabla 1. Descriptiva total de variables (medianas, frecuencias y proporciones)

Variables		Total [n= 30]
Edad materna		33,0 [28,0; 33,5]
N.º de intentos de rotación digital		1,00 [1,00; 2,00]
Sims, tiempo en minutos		90,0 [25,0; 90,0]
Tiempo de dilatación de 7-10 cm en minutos		80,0 [35,0; 120]
Tiempo de expulsivo en minutos		20,0 [12,5; 72,5]
Peso		3310 [3091; 3522]
Apgar en 1 min		9,00 [8,00; 9,00]
Apgar en 5 min		10,0 [9,00; 10,0]
pH arterial		7,28 [7,20; 7,33]
pH venoso		7,35 [7,29; 7,38]
Inducción	No	26 (86,7 %)
	Sí	4 (13,3 %)
Epidural	No	8 (26,7 %)
	Sí	22 (73,3 %)
Amniorrhexis	Artificial	20 (66,7 %)
	Espontánea	10 (33,3 %)
Presentación a los 7 cm	OP	2 (6,67 %)
	OPD	22 (73,3 %)
	OPI	6 (20,0 %)
Uso de oxitocina	No	18 (60,0 %)
	Sí	12 (40,0 %)
Sensación de pujo espontáneo	No	6 (20,0 %)
	Sí	24 (80,0 %)
Posición fetal en el parto	OA	25 (83,3 %)
	OP	5 (16,7 %)
Finalización del parto	Eutócico	21 (69,9 %)
	Vacuum	3 (10,0 %)
	Fórceps	1 (3,33 %)
	Cesárea	5 (16,67 %)

OA: occipitoanterior; OP: occipitoposterior; OPD: occipitoposterior derecha; OPI: occipitoposterior izquierda.

de las pacientes entre el grupo que tuvo éxito (rotación) y el que no, se utilizó la prueba de chi-cuadrado o Fisher en caso de tener <5 frecuencias para las variables categóricas. Se hicieron comparaciones mediante el test *t* Student o de Mann-Whitney de las variables continuas según siguiesen o no una distribución normal, respectivamente. La correlación de Pearson o la Rho de Spearman se utilizaron para evaluar la asociación entre variables continuas.

Para determinar factores incidentes en el éxito de la intervención, además de la misma, se realizó un análisis univariante mediante regresión lineal logística, y los resultados se expresaron en términos de *odds ratio* (OR).

Todos los valores de *p* se basaron en una hipótesis bilateral y una significación de 0,05. El análisis estadístico se realizó con la ayuda del programa SPSS versión 17.0 para Windows (Copyright® SPSS Inc., 1989-2006).

Aspectos éticos

Los datos fueron tratados confidencialmente, siguiendo los principios de la bioética en investigación con seres humanos y la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999. Tras aprobación del estudio por parte del comité de ética asistencial de la provincia de Córdoba (número de referencia de comité local: 4512), a cada gestante se le entregaron una hoja informativa y un consentimiento informado, de elaboración propia. Esta investigación se realizó basándonos en una evaluación previa del riesgo-beneficio, en un conocimiento razonable de las posibles consecuencias de la intervención, y en la responsabilidad y competencia científica y legal de la persona que la llevó a cabo.

Realización de la técnica

La intervención se realizó mediante una manipulación digital de la presentación fetal, con la adopción posterior de la posición de Sims materna hacia el dorso fetal. Esta posición se mantuvo hasta la sensación intensa de pujo, la aparición de modificaciones en el registro cardiotocográfico (RCTG) o la ausencia de ambas tras 180 minutos como máximo.

El diagnóstico de presentación OPP se realizó tras amniorrhexis (espontánea o artificial) y con una dilatación mínima de 7 cm. El diagnóstico diferencial entre la fontanela posterior y la fontanela anterior se realizó buscando la sutura frontal, que es la que nos indica que estamos en la fontanela anterior o bregma. Siguiendo la sutura sagital encontramos la fontanela posterior o lambda, que es la que define si la presentación es anterior o posterior, según su posición con respecto a la pelvis materna.

Después del diagnóstico de presentación OPP por tacto, se confirmó el diagnóstico con ecografía abdominal, y tras el consentimiento informado de la gestante, a continuación llevamos a cabo la maniobra.

Técnica

Rotación a dos dedos (índice y corazón), fijados en ambas suturas lambdaideas, y girando en dirección a la transversa más cercana, con el apoyo de la mano no dominante sobre el abdomen materno, y realizando presiones leves, tipo «ola» hacia el ombligo materno; así se favorecía una rotación del dorso fetal, que a su vez facilita la rotación de la cabeza fetal a OA. En pocos casos la presentación se sitúa en OP, sin insinuarse ha-

cia ninguna de las oblicuas, y es en estos casos en los que la manipulación suele resultar más complicada. La rotación entonces se intentará hacia la transversa que ofrezca menos resistencia (figura 1).

Habrán ocasiones en las que la presentación se sitúe en transversa y no pase de ahí, momento en el cual debemos colocar a la gestante en posición de Sims hacia el lado del dorso fetal (figura 2).



Figura 1. Rotación manual con apoyo en el abdomen de la mano no dominante. OPD: occipitoposterior derecha; OPI: occipitoposterior izquierda. Fuente: elaboración de la autora



Figura 2. Posición de Sims hacia el dorso fetal tras manipulación digital. Fuente: elaboración de la autora

Es importante insistir en el apoyo del abdomen de la madre sobre la cama, para que la postura sea correcta y, desde esa posición, poder trabajar con la movilidad de la pelvis, realizando una rotación externa o interna de la cadera de la pierna flexionada, en función de la altura de la cabeza fetal, y teniendo en cuenta si nos encontramos en estrecho superior o inferior. Esta postura también favorece la movilidad del sacro (nucleación y contranucleación).

La manipulación digital se puede realizar con o sin contracción uterina, aunque cuando no hay contracción la cabeza fetal resulta más móvil y la maniobra más sencilla.

Nunca se debe forzar la manipulación, debe ser algo suave. Si no hay respuesta inmediata, se intentará posteriormente.

La posición materna más cómoda para el manipulador es en decúbito supino, aunque en caso de presentaciones con poca movilidad y en OP directas (las menos frecuentes), que suelen presentar más resistencia a la manipulación digital, podemos plantearnos la manipulación en cuadrupedia. En esta postura, provocamos una desimpacción de la cabeza fetal, haciendo que esta se libere de la pelvis y favoreciendo la movilidad. Esto, unido a la ayuda de la gravedad en la rotación (el dorso fetal tiende a caer sobre el abdomen materno), puede favorecer dicha rotación en casos de presentaciones muy fijas. La dinámica uterina debe mantenerse con tres contracciones cada 10 minutos, con oxitocina exógena en caso necesario.

Resultados

Se finalizó la recogida de datos cuando se identificaron 30 mujeres que cumplieren todos los criterios de inclusión y tras firmar el consentimiento informado (tabla 2).

En cuanto al análisis descriptivo, la edad media materna fue de 32,1 años. De las 30 mujeres, el 56,7 % (17) eran primíparas y el 43,3 % (13) secundíparas.

Todos los casos fueron incluidos a los 7 cm, tras amniorrexia (espontánea o artificial) y tras ecografía abdominal de confirmación.

El 86,7 % (26) de los partos fueron de inicio espontáneo, y el 13,3 % (4) fueron inducidos. Además, el 73,3 % (22) de las mujeres optó por la analgesia epidural y el 26,7 % (8) restante tuvo un parto sin epidural.

En la ecografía abdominal de confirmación de OPP se observó que el 73,3 % (22) presentaba una OPD, el 20 % (6) una OPI y el 6,67 % (2) una OP directa.

La amniorrexia, previo diagnóstico de OP, fue espontánea en el 33,3 % (10) de los casos y artificial en el 66,7 % (20) restante. El 60,0 % (18) de los casos no necesitó oxitocina durante el proceso de dilatación, y el 40,0 % (12) restante sí la requirió para mantener una correcta dinámica de parto.

Los resultados obtenidos fueron de un 83,3 % (25) de finalización del parto en OA y de un 16,66 % (5) de finalización del parto en OP. De los fetos que rotaron a OA, el 48 % (12) correspondía a madres primíparas y el 52 % (13) restante a secundíparas. El 100 % (5) de los partos en los que el feto no rotó a OA fue de primíparas.

La media de tiempo en posición de Sims en el total de la muestra tras la manipulación digital fue de 85 minutos. La postura mantenida fue en general bien tolerada por las parturientas. La media de intentos de rotación fue de 1,47.

Por otro lado, se observó que de los partos que rotaron a OA, el 84,00 % (21) fueron eutócicos, el 4,00 % (1) fueron con fórceps y el 12,00 % (3) fueron *vacuum* tipo kiwi. No hubo cesáreas en el grupo de finalización en OA. Los 5 casos que no rotaron y finalizaron en OP fueron cesáreas.

Todas las variables se expresaron mediante medidas de frecuencia, porcentajes, medias y desviación estándar entre los grupos. Para la relación entre variables y la determinación de posibles factores incidentes en el éxito de la técnica se realizaron comparaciones entre grupos, utilizando el test de Mann-Whitney para variables cuantitativas y el de chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas. Todo el análisis se realizó a través de SPSS versión 17.0 para Windows (Copyright® SPSS Inc., 1989-2006).

Se observaron diferencias significativas en cuanto al éxito o fracaso en la rotación manual con respecto a las variables: paridad ($p=0,035$), presentación a los 7 cm ($p=0,011$), número de intentos de rotación manual ($p=0,014$), tiempo en posición de Sims ($p=0,024$), tiempo de dilatación de 7 a 10 cm ($p=0,017$) y tiempo de expulsivo ($p=0,037$).

Con respecto a la paridad, en el 100 % (13) de las secundíparas se consiguió una rotación a OA, siendo en el caso de las primíparas exitosa la rotación a OA en el 70,59 % (12) y no exitosa (finalización en OP) en el 29,41 % (5), con un valor $p=0,035$. Este dato objetiva la mayor movilidad de la presentación fetal en la cavidad pélvica tras un parto vaginal previo.

En el caso de la posición de la cabeza fetal previa a la manipulación digital, se establecen diferencias significativas con un valor de $p=0,011$; se muestra una mayor rotación en el caso de presentaciones a los 7 cm en OPD, siendo exitosa en un 95,45 % (21) de los casos. Se observa una gran diferencia con respecto a posiciones previas en OPI y OP, presentando estas una tasa de rotación a OA en ambas situaciones del 50,0 % (3 y 1).

En la mayoría de los casos, la rotación ocurrió en el primer intento, observándose una media de intentos de rotación de 1,32 intentos en el grupo que rota a OA y de 2,20 en el grupo que no rota a OA.

Se establecieron diferencias significativas en cuanto al tiempo en la posición de Sims; destacó una mediana de 25 minutos en los partos que rotaron a OA y una mediana de 120 minutos en los que no rotaron a OA, con un valor de $p=0,024$, reduciéndose la fase activa de la primera etapa del parto en aquellos que rotaron. En cuanto al tiempo de dilatación de 7 a 10 cm, se observó una mediana de 60 minutos para los partos en los que el feto rotó a OA y de 168 minutos en los casos en los que la rotación no fue exitosa (valor de $p=0,017$).

El tiempo de expulsivo también disminuyó de forma significativa entre el grupo de rotación exitosa y el de no rotación a OA (20 frente a 120 minutos en el segundo grupo), con un valor de $p=0,037$.

No se establecieron diferencias significativas respecto a si el inicio fue espontáneo o inducido, al tipo de amniorrexia, al uso o no de analgesia epidural, al uso de oxitocina o a la sensación o no de pujo espontáneo.

Cabe destacar que tampoco se establecieron diferencias significativas en cuanto al test de Apgar al minuto y a los 5 minutos, ni a los pH arterial y venoso de sangre de cordón entre el grupo que rotó a anterior y el que no rotó, pese a que ambas medias

Tabla 2. Comparativa por grupos de la posición fetal en la finalización del parto (valores de p no paramétricos)

Variables	Finalización en OA (n= 25)	Finalización en OP (n= 5)	Valor de p
Edad materna	33,0 [30,0; 37,0]	28,0 [28,0; 32,0]	0,219
Paridad	2,00 [1,00; 2,00]	1,00 [1,00; 1,00]	0,035
N.º de intentos de rotación digital	1,00 [1,00; 2,00]	2,00 [2,00; 3,00]	0,014
Sims, tiempo en minutos	25,0 [0,00; 60,0]	120 [90,0; 178]	0,024
Tiempo de dilatación de 7-10 cm en minutos	60,0 [35,0; 90,0]	168 [112; 241]	0,017
Tiempo de expulsivo en minutos	20,0 [10,0; 45,0]	160 [140; 180]	0,037
Peso	3270 [3075; 3490]	3530 [3155; 3620]	0,540
Apgar en 1 min	9,00 [8,00; 9,00]	9,00 [8,00; 9,00]	1,000
Apgar en 5 min	10,0 [9,00; 10,0]	10,0 [9,00; 10,0]	0,893
pH arterial	7,28 [7,21; 7,32]	7,28 [7,17; 7,35]	0,717
pH venoso	7,35 [7,29; 7,39]	7,37 [7,26; 7,37]	0,780
Inducción			0,538
No	22 (88,0 %)	4 (80,0 %)	
Sí	3 (12,0 %)	1 (20,0 %)	
Epidural			1,000
No	7 (28,0 %)	1 (20,0 %)	
Sí	18 (72,0 %)	4 (80,0 %)	
Amniorrexis			0,215
Artificial	18 (72,0 %)	2 (40,0 %)	
Espontánea	7 (28,0 %)	3 (60,0 %)	
Presentación de 7 cm			0,011
OP	1 (4,00 %)	1 (20,0 %)	
OPD	21 (84,0 %)	1 (20,0 %)	
OPI	3 (12,0 %)	3 (60,0 %)	
Uso de oxitocina			0,128
No	17 (68,0 %)	1 (20,0 %)	
Sí	8 (32,0 %)	4 (80,0 %)	
Sensación de pujo espontáneo			0,254
No	4 (16,0 %)	2 (40,0 %)	
Sí	21 (84 %)	3 (60,0 %)	
Finalización del parto			<0,001
Eutócico	21 (84,0 %)	0 (0,00 %)	
Vacuum	3 (12,0 %)	0 (0,00 %)	
Fórceps	1 (4,00 %)	0 (0,00 %)	
Cesárea	0 (0,00 %)	5 (100 %)	

OA: occipitoanterior; OP: occipitoposterior; OPD: occipitoposterior derecha; OPI: occipitoposterior izquierda.

de pH fueron superiores en el grupo que rotó a OA. Respecto al test de Apgar, la media al minuto fue superior en el grupo que rotó a OA y ligeramente inferior a los 5 minutos con respecto a los casos que no rotaron a OA.

Los datos de pH de cordón al nacimiento mostraron una media arterial de 7,25 y un pH venoso de 7,33, y los de Apgar una media de 8,53 al minuto y 9,57 a los 5 minutos.

Durante este estudio no se observaron laceraciones cervicales ni prolapsos de cordón. Se necesitan estudios con mayor muestra para valorar otros efectos adversos, como la distocia de hombros o la modificación del RCTG.

Discusión

La principal limitación del estudio fue que la recogida de datos fue realizada por una sola matrona, por lo cual resultó imposible que el tamaño muestral, recogiendo un día de cada 6, llegase al mencionado. Esta limitación obligó a establecer una muestra de 30 mujeres, ya que, de otra manera, el periodo de recogida de datos se habría dilatado demasiado en el tiempo.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos con otros mecanismos no invasivos de rotación de OP a OA (como la posición manos-rodillas, el decúbito lateral o la posición de Sims), observamos que la tasa de éxito es muy superior en este estudio. Podemos tener como referencia estudios como el de Molina Reyes et al.⁷, en el que los autores comparaban un grupo manos-rodillas con otro en decúbito lateral para favorecer la rotación a OA, obteniendo una tasa de rotación de un 55,4 % en el primer grupo y de un 54,3 % en el segundo. Otro ejemplo es el estudio de Wu et al.¹⁶, cuyos autores destacaban una tasa de rotación entre el 54 y el 70 % con la adopción del decúbito lateral para favorecer la rotación a OA. Shaffer et al.¹⁷ demostraron que la tasa de cesáreas es menor en pacientes en las que se realiza con éxito una rotación manual (2 %), con una tasa de cesáreas del 9 % cuando se lleva a cabo rotación manual frente al 41 % cuando no se realiza, siendo en nuestro caso la tasa de cesáreas del 0 % en rotaciones exitosas. Otro estudio realizado en Francia en 2015 tuvo una tasa de éxito en la rotación manual del 71,7 %, destacando que la realización de la manipulación de forma sistemática obtuvo mejores resultados que tras un retraso en la progresión¹⁸.

Conclusiones

Cuando la rotación manual de la presentación fetal unida a la posición de Sims hacia el dorso fetal en partos en presentación OPP resulta exitosa (en el estudio que nos ocupa la rotación se consiguió en el 83,33 % de los casos), se obtienen mejores resultados obstétricos (el 100 % de los partos en OA fueron vaginales) que cuando el feto permanece en OP (el 100 % de los partos en OP fueron cesáreas), sin disminuir el Apgar o el pH del cordón. Tampoco hubo desgarros vaginales de grados III y IV ni desgarros cervicales, lo cual pone de manifiesto la seguridad de la técnica a nivel perineal y cervical.

Teniendo en cuenta la edad cada vez más avanzada de las gestantes y su menor paridad (factores que influyen en la persistencia de las OP), podemos predecir que se trata de un problema con tendencia a aumentar en los próximos años, lo cual refuerza la necesidad de estudiar mecanismos que lo solucionen.

Se necesitan estudios multicéntricos, con mayor muestra y con un grupo control para aumentar los conocimientos sobre una técnica muy poco estudiada pero que puede resultar muy eficaz en la rotación de la presentación fetal. Tras la publicación de estos resultados, muy esperanzadores, se pretende realizar dicho estudio multicéntrico con idea de ampliar conocimientos sobre eficacia, efectos adversos y demás.

A falta de estudios de mayores dimensiones, podemos concluir que se trata de una técnica muy útil en la resolución de partos de lenta y compleja evolución por presentaciones OPP, además de una herramienta que puede ser utilizada por matronas, sin aumentar el riesgo materno-fetal en las maternidades de todo el mundo al presentar una relación coste-efectividad muy baja.

Agradecimientos

Gracias a todas las mujeres que confiaron en mí como profesional y aceptaron participar en este estudio; sin ellas no hubiese sido posible.

Gracias a José Garriguet (director de la línea de Procesos Materno-Infantiles del Hospital de Montilla) y al resto de ginecólogos y ginecólogas del Hospital de Montilla y demás compañeros/as (sobre todo a mis adoradas auxiliares) del mismo. También a José Luis Zambrana (director médico del Hospital de Montilla), Francisco Sánchez (director médico del Hospital de Alta Resolución de Puente Genil), Francisco Jesús Antúnez Miranda (director de Enfermería del Hospital de Montilla), Natalia Pérez (enfermera), Ipek Guler (UCAIB de Metodología y Bioestadística del IMIBIC) y Rosario María Sánchez Martín (profesora del Departamento de Química Farmacéutica y Orgánica, Facultad de Farmacia de Granada), por ayudarme a recorrer este complejo camino.

Gracias a mi familia, por creer en mí y apoyarme siempre.

BIBLIOGRAFÍA

- Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD001063. DOI: 10.1002/14651858.CD001063.pub3.
- Bueno López V, Terré Rull C, Casellas Caro M, Fuentelsaz Gallego C. El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. *Matronas Prof.* 2015; 16(4): 118-23.
- Lapuente Villar MB. Posición occipitoposterior en el parto: decúbito lateral vs posición de Sims. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. Serie *Matronas*. 2012; 4(5): 210-41.
- Morón Montiel J, Serrano Arenas M, Pérez Vergara I, Hernando Molina M, Hernández Lachehab S. Revisión bibliográfica sobre el manejo de las posiciones occipito-posteriores durante el trabajo de parto. *Revista cuidándote digital*. 2015; 9(1): 15-24.
- Martino V, Iliceto N, Smeoni U. Occipito-posterior fetal head position, maternal and neonatal outcome. *Minerva Ginecol*. 2007; 59(4): 459-64.
- Ruiz Campo L. Utilidad de la ecografía intraparto: manejo en las distocias de rotación. Trabajo fin de máster. Universidad de Zaragoza, 2012.
- Molina Reyes CY, Muñoz Martínez AL, Martínez García E, Moore TL, Huete Morales MD, Burgos Sánchez JA. Eficacia de la postura materna manos-rodillas para corregir la posición fetal occipitoposterior en el parto. *Index de Enfermería/primer-segundo trimestre*. 2014; 23(1-2): 15-20.

8. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
9. Reichman O, Gdanský E, Latinsky B, Labi S, Samueloff A. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 136(1): 25-28.
10. Le Ray C, Serres P, Schmitz T, Cabrol D, Goffinet F. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. Obstet Gynecol. 2007; 110(4): 873-9.
11. Andrews CM, Andrews E. Physical theory as a basis for successful rotation of fetal malpositions and conversion of fetal malpresentations. Biol Res Nurs. 2004; 6: 126.
12. Blandine Calais G, Vives Parés N. Parir en movimiento. 3.ª edición. Editorial La Liebre de Marzo, 2013.
13. Akma S, Tsoi E, Nicolaides KH. Intrapartum sonography to determine fetal occipital position: interobserver agreement. Obstetric & Gynaecology. 2004; 24(4): 421-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/uog.1065>
14. Peregrine E, O'Brien P, Jauniaux E. Impact on delivery outcome of ultrasonographic fetal head position prior to induction of labor. Obstet Gynecol. 2007; 109: 618.
15. Chou MR, Kreiser D, Taslimi MM, Druzin ML, El-Sayed YY. Vaginal versus ultrasound examination of fetal occiput position during the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191(2): 521-4. Disponible en: 10.1016/j.ajog.2004.01.029
16. Wu X, Fan L, Wang Q. [Correction of occipito-posterior by maternal postures during the process of labor] [artículo en chino]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2001; 36(8): 468-9. PMID: 11758180.
17. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK Jr, Caughey AB. Manual rotation of the fetal occiput: predictors of success and delivery. Am J Obstet Gynecol. 2006; 194(5): e7-9. Disponible en: 10.1016/j.ajog.2006.01.029. PMID: 16647899.
18. Bertholdt C, Gauchotte E, Dap M, Perdirolle-Galet E, Morel O. Predictors of successful manual rotation for occiput posterior positions. Int J Gynaecol Obstet. 2019; 144 (2): 210-5. Disponible en: 10.1002/ijgo.12718. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30451282.

1000 DÍAS que cuentan

PiLeJe
LABORATOIRE

PiLeJe te acompaña desde
la **concepción*** hasta los
2 años del bebé**



 Resultado de la investigación PiLeJe

productos.pilejes

*El consumo de ácido docosahexaenoico (DHA) por la madre contribuye al desarrollo normal de los ojos y del cerebro del feto y del bebé amamantado.

** Con BabyBIANE Starter

Estos complementos alimenticios no pueden sustituir una dieta variada y equilibrada ni un estilo de vida saludable.

Primer call for papers de Matronas Profesión

Desde *Matronas Profesión* queremos hacer una contribución especial a través de un **número monográfico** dedicado a la salud mental perinatal

La salud mental perinatal se define como aquellos problemas que ocurren **durante el embarazo o durante el primer año después del nacimiento** de la criatura. Cubre un gran número de condiciones, aunque las más comunes son la depresión y la ansiedad, y se calcula que puede afectar a **1 de cada 5 gestantes y nuevas madres**.

Además, tiene un gran impacto a corto, medio y largo plazo en la salud de las mujeres y sus familias. Al igual que con la salud mental de la población general, los problemas de salud mental perinatal también están rodeados de **estigma, vergüenza** y, en demasiados casos, **silencio**.

Contribuye con tu conocimiento y experiencia

Cualquier aproximación y contribución
al tema será bien recibida. Algunos ejemplos:

Trabajo de las matronas en Unidades
específicas de salud mental perinatal

Cribado de problemas de salud
mental perinatal durante la gestación

Experiencias reproductivas que pueden tener
impacto en la salud mental perinatal (pérdidas
gestacionales, infertilidad, violencia obstétrica...)

Formación/necesidades formativas de las
matronas en temas de salud mental perinatal

Actividades/intervenciones de matronas para
la promoción de la salud mental y la prevención
de problemas de salud mental perinatal

Impacto de la pandemia de COVID-19
en la salud mental perinatal

Comparte tu experiencia en salud mental perinatal

¿Quieres participar?



ENVÍANOS TU PROPUESTA

matronasprofesion@edicionesmayo.es

Título • Tipo de artículo • Autores
+ Resumen de
300 palabras



**EN 15 DÍAS
RECIBIRÁS RESPUESTA**

sobre si el trabajo
ha sido **preaceptado**



CALENDARIO

PROPUESTAS

hasta **31**
OCTUBRE
2022

RECEPCIÓN
DE TRABAJOS

hasta **31**
DICIEMBRE
2022

PUBLICACIÓN

2023

Las vivencias de las matronas en la atención *online* a grupos de mujeres durante el parto, posparto y apoyo a la lactancia

The experiences of midwives in online care for groups of women during prepartum, postpartum and breastfeeding support

Ester Muñoz-Sellés¹, Anna Vancells-Prat¹, Judit Tarrés-Rovira²

¹Matrona. ²Coordinadora del ASSIR Osona. Vic (Barcelona)

RESUMEN

Objetivos: Conocer las experiencias y vivencias de las matronas al realizar las clases parto, posparto y grupos de apoyo a la lactancia *online*, así como describir los cambios que se llevaron a cabo para adaptarse a este modelo educativo.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico. Las participantes eran matronas del centro de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) de Osona. La recogida de la información se realizó mediante un grupo focal *online*. Se llevó a cabo un análisis temático del contenido según los criterios propuestos por Taylor y Bogdan.

Resultados: Participaron 8 matronas. Se obtuvo un total de 20 códigos clasificados en 6 categorías (objetivos formativos, vivencias, recursos, organización, adaptación y ventajas). La formación *online* fue un reto para las matronas. Adaptaron sus recursos a las necesidades de la situación para que las mujeres sintieran su proximidad y «crearan tribu» entre ellas.

Conclusiones: A pesar de la escasa formación de las matronas respecto a la conducción grupal a través de las nuevas tecnologías, el equipo se actualizó para dar la mejor atención posible y soporte a las mujeres, poniendo sus necesidades en el centro de todo el proceso. Se ha podido observar que, aunque ambas partes prefieren sesiones presenciales, las visitas *online* han sido una buena alternativa en un momento en que debían evitarse al máximo los contactos directos.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Educación maternal, parto, posparto, lactancia, formación *online*.

ABSTRACT

Objectives: To know the experiences and feelings of midwives, who were organizing and carrying out maternal, postpartum and breastfeeding education by online support groups, and describe the chances of adaptation to the new teaching model.

Methodology: Phenomenological descriptive study. The study subjects were midwives who are working in ASSIR Osona. To analyze the qualitative comments, content analysis was carried out according to methods suggested by Taylor and Bogdan.

Results: Participants were 8 midwives. It is present a list of 20 codes into 6 categories (training objectives, experiences, resources, organization, adaptation and advantages). Online training was a challenge for midwives. They adapted their resources to the needs of the situation so that the women could feel their closeness and create a tribe among themselves.

Conclusions: Despite the limited training of midwives regarding group leadership through new technologies, the team has developed new skills to do the best prenatal care as possible, give support to women and putting their needs at the center of the process. Although both parties preferred face-to-face sessions, online reunions have been a good alternative when direct contact should have been avoided as much as possible.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Prenatal education, antenatal, postpartum, breastfeeding, online training.

Introducción

La educación maternal, o educación grupal en la gestación, parto y posparto¹, es un programa de educación para la salud, realizado durante el embarazo, que pretende influir en los comportamientos saludables de las mujeres, aumentar la confianza en su capacidad de dar a luz, preparar a las gestantes y a sus parejas para el parto, desarrollar redes de apoyo social y estimular su seguridad².

Estos programas surgieron a principios del siglo xx en Europa para atender las necesidades de las mujeres durante los partos, cuando estos se trasladaron de los domicilios a los centros hospitalarios. Contribuyen a disminuir la morbilidad materna y neonatal³. Proporcionan a las mujeres una oportunidad de trabajo grupal en la base de la estructura social, que permite su mejora individual y repercute en su entorno familiar y comunitario³. Constituyen un ámbito educativo en el que se pre-

No existe ningún tipo de financiación, ni total ni parcial, para este estudio. No existe ningún conflicto de intereses en la publicación de este manuscrito. El presente estudio es un original breve, cuyos resultados preliminares se han presentado en formato póster en las IV Jornadas ASSIR 2021.

Fecha de recepción: 10/12/21. **Fecha de aceptación:** 6/04/22.

Correspondencia: Ester Muñoz-Sellés. Matrona. ASSIR Osona. Pl. Divina Pastora, 6-7. 08500E Vic (Barcelona). **Correo electrónico:** emunoz.cc.ics@gencat.cat

tende generar motivaciones, hábitos y comportamientos saludables para facilitar el proceso de gestación, nacimiento y crianza. Según Fernández et al.⁴, estos programas han demostrado su eficacia y se han extendido por todo el mundo en el ámbito de la sanidad pública y privada. Sus objetivos en un inicio estaban enfocados a mejorar la salud de las mujeres en el parto, pero a lo largo de los años se han ampliado, por lo que también se pretende acompañar a las mujeres durante la gestación, el parto y la crianza.

Los retos que presentan incluyen al personal sanitario, los recursos materiales y las cuestiones organizativas, es decir, la demanda, el reclutamiento de las participantes, la adaptación del material y la privacidad percibida⁵. El grado de satisfacción de la población guarda una estrecha relación con la fidelización a los cuidados ofrecidos por parte de los profesionales y con el grado de atención a sus necesidades⁶. Algunos estudios realizados en nuestro país relacionan la satisfacción de las gestantes con el seguimiento de su embarazo⁷⁻⁹, la preparación a la maternidad^{10,11} y la motivación de las matronas para impartir estas formaciones¹².

Los contenidos del programa parto en Cataluña son los del protocolo del Departament de Salut sobre la educación maternal: preparación para el nacimiento 2009¹³. Además, existen los grupos de atención durante el posparto, mayoritariamente abiertos, sin un programa definido. Son un lugar de comunicación y apoyo donde se potencia la autoestima de la madre, el papel de la pareja y el reajuste de roles en la nueva familia¹⁴.

A partir de marzo de 2020, tras declararse la pandemia mundial por la COVID-19, Cataluña entra en un confinamiento estricto¹⁵. Entre muchos cambios adaptativos, las actividades grupales (dirigidas a embarazadas, puérperas y sus parejas), que se llevaban a cabo desde los centros de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), quedaron anuladas para evitar riesgos innecesarios. Muchos servicios sociosanitarios tuvieron que reorganizarse para proporcionar seguridad y evitar el contagio de la enfermedad, promocionando una atención mayoritariamente telemática. Ha sido necesario, más que nunca, ofrecer una buena información, actualizada y basada en la evidencia científica, para que las familias se sintieran acompañadas y empoderadas para tomar sus decisiones, para entregarse en su proceso y vivir su experiencia con el máximo de conciencia, amor y respeto. La educación grupal es el modelo educativo más común, pero los cambios de este último año han provocado que, desde la primavera de 2020, se iniciara el acercamiento a las mujeres en formato *online*, redes sociales y plataformas web¹⁶⁻¹⁹. Las matronas, encargadas de atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante todas las épocas de la vida, se han adaptado a una atención menos presencial con el fin de acompañar a las mujeres y parejas en sus necesidades, siendo más cercanas, traspasando dificultades de accesibilidad, garantizando en todo momento la disponibilidad de los profesionales al servicio de las familias y manteniendo una atención de calidad. En estudios recientes se observa una actitud positiva por parte de las gestantes a utilizar la tecnología para recibir información e interacción sobre su embarazo, parto y puerperio, lo que ha ayudado a emplear estas herramientas para adaptarse a la nueva situación^{8,9}.

El objetivo principal del presente estudio fue conocer las experiencias y vivencias de las matronas al realizar *online* las clases parto, posparto y grupos de apoyo al amamantamiento, así como describir los cambios que se llevaron a cabo para adaptarse a este modelo educativo.

Metodología

Tipo de diseño

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de diseño fenomenológico, que permitió analizar las experiencias de las participantes en la modalidad de formación grupal *online*.

Ámbito y periodo de estudio

El estudio se llevó a cabo en el ASSIR Osona entre los meses de junio y septiembre de 2021.

Población

El ASSIR Osona cuenta con 18 matronas. Las 8 que participaron en el estudio se adaptaron a la modalidad de formación *online* desde septiembre de 2020 hasta mayo de 2021. El perfil de las matronas se describe en la tabla 1.

Criterios de inclusión

- Matronas del ASSIR Osona.
- Haber realizado las clases parto, posparto o apoyo a la lactancia de forma *online* durante el periodo anteriormente descrito.

Criterios de exclusión

No aceptación a participar en el estudio.

Técnicas de recogida de datos

La técnica utilizada fue el grupo focal, puesto que nos permitió conocer las ideologías, significados y vivencias de las participantes. Permitted profundizar en las experiencias vividas y recordar sentimientos. Se utilizó una hoja de recogida de datos para la información relativa a los datos sociodemográficos. Para llevar a cabo esta investigación, se informó a las matronas que cumplían con los criterios de inclusión (vía correo electrónico corporativo) sobre la intención de realizar un estudio mediante un grupo focal, a través de una reunión *online*. En el mismo correo se les envió el consentimiento informado, que debían devolver si aceptaban participar. Una vez obtenido el consentimiento informado de todas las matronas, se concertó una reunión *online*, que se realizó a través de la plataforma Zoom el 9 de junio de 2021 con una duración de 2 horas. Se escogió esta plataforma por la posibilidad de grabar la reunión y poder realizar la transcripción *a posteriori*, procediendo a una codificación de los datos de las participantes.

Antes de iniciar la reunión, se volvió a explicar a las participantes el objetivo y la intencionalidad de la investigación. Se les informó de la necesidad de grabar la reunión para poder realizar una correcta transcripción. La reunión terminó una vez discutidos los temas relevantes y cuando se alcanzó la saturación de datos. Aunque se había pactado una posible segunda sesión para profundizar en algunos temas, esta no fue necesaria. No se requirieron otras técnicas, puesto que se obtuvieron datos suficientes para concluir la investigación.

Tabla 1. Perfil de las matronas

Código	Edad (años)	Años de matrona	Años de experiencia en grupos	Tipo de grupos	Grupo pandemia	Área de trabajo	Experiencia online	Experiencia en redes
1	38	10	10	Preparto (pre), posparto (pos), amamantamiento (LM) y jóvenes	LM	Urbana	No	Usuaría
2	49	2	2	pre-pos LM jóvenes	pos	Urbana	No	Usuaría
3	37	15	13	pre-pos	pos	Urbana	No	Usuaría
4	49	21	14	pre-pos	pre-pos	Urbana	No	Usuaría
5	30	7	6	pre-pos jóvenes	pre-pos	Urbana	No	Usuaría
6	53	18	18	pre-pos LM jóvenes Menopausia	pre-pos	Rural	No	Usuaría
7	30	7	5	pre-pos jóvenes	pre-pos	Rural	No	Usuaría
8	41	25	25	pre-pos LM jóvenes Menopausia	pre-pos	Rural	No	Usuaría

Tabla 2. Guion preestablecido

• Sensaciones respecto a las clases <i>online</i>
• Ventajas y desventajas de la modalidad <i>online</i> respecto a los grupos presenciales
• Dificultades que ha presentado la formación grupal <i>online</i>
• Gestión de los inconvenientes
• Adaptación del contenido formativo
• Pensamientos sobre las vivencias de las mujeres en este formato grupal

La reunión fue moderada por la investigadora principal del estudio, que disponía de un guion preestablecido para ir registrando los aspectos relevantes de la investigación que no hubieran surgido de forma espontánea en el transcurso de la sesión (tabla 2). A través de un diario de campo se tomaron notas con aspectos relevantes para apoyar el análisis de los datos. Posteriormente se procedió a la transcripción del contenido de la sesión para el análisis del contenido a través del programa Atlas-Ti. Durante la transcripción se codificaron los datos de las participantes, asignando a cada una un código que solo conocía la investigadora principal del estudio.

Análisis de los datos

Se realizó la transcripción de la grabación de la sesión virtual codificando los datos personales de las matronas e identificándolos mediante un código. Seguidamente, después de una lectura en profundidad del texto, se procedió al análisis del contenido con codificación y categorización de las variables según los criterios de Taylor y Bogdan²⁰.

En primer lugar, en la fase de descubrimiento, o preanálisis, se procedió a una identificación preliminar de los temas relevantes que hacían referencia a las vivencias de las matronas, su experiencia en la preparación y realización de las clases, así como las estrategias utilizadas para la adaptación al formato *online*. En

segundo lugar, se realizó la codificación de los elementos principales, en la que se identificaron las categorías y subcategorías, procediendo a segmentar el texto de acuerdo con las categorías establecidas. Se valoraron los perfiles teóricos, como la edad, el área geográfica de trabajo y el tipo de grupo (preparto, posparto, lactancia), los años de experiencia como matrona y los años de experiencia en la conducción de grupos. Se valoraron los otros datos, hasta refinar el análisis. Finalmente, se procedió a una relativización de los datos confrontándolos con el contexto en el que se obtuvieron y comparándolos con la teoría para crear un marco explicativo. Con el fin de asegurar la precisión del estudio, se siguieron los criterios de rigor y validez de Guba y Lincoln²¹, y una segunda investigadora matrona procedió a revisar todos los datos para compararlos y contrastarlos.

Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización al comité de ética del CEI del IDIAP Jordi Gol (Código CEIm 21/153-P) para poder realizar el estudio. Se solicitó el permiso a la matrona coordinadora del ASSIR Osona, así como el consentimiento de todas las matronas implicadas, pidiendo su colaboración de forma voluntaria y su consentimiento. Los datos extraídos del estudio fueron codificados y tratados de manera estrictamente confidencial, siguiendo en todo momento los principios éticos de la Declaración de Helsinki de 1964, revisada por la Organización Mundial de la Salud en 2013 en Fortaleza (Brasil). Se cumplió en todo momento con el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679 de 27 de abril (RGPD) y la LOPD 3/2018 de Protección de Datos y Garantías de Derechos Digitales. Durante el proceso se pusieron en marcha todos los procedimientos para proteger la confidencialidad de la información y el anonimato de las participantes en todos los materiales de investigación, y las participantes fueron informadas de las potenciales restricciones en relación con la confidencialidad de la información proporcionada. Los datos están almacenados en los servidores de la Gerència Territorial Catalunya Central del Institut Català de la Salut (ICS), durante un periodo de 10 años.

Resultados

Participaron 8 matronas. Tras la lectura detenida de la transcripción del contenido del grupo focal, se procedió a la codificación y categorización de los códigos establecidos. A pesar de la múltiple información extraída del documento transcrito, para obtener los datos precisos y describir las vivencias de las matronas de los grupos preparto, posparto y lactancia *online*, se obtuvo un total de 20 códigos clasificados en 6 categorías (objetivos formativos, vivencias, recursos, organización, estrategias de adaptación y ventajas de la formación *online*) (tabla 3). La edad de las matronas y los años de experiencia formativa no afectaron a los resultados obtenidos. La zona rural o urbana se manifestó en el tamaño grupal. A continuación, describimos cada una de las categorías mencionadas.

Objetivos formativos

Muestra los códigos que hacen referencia a los objetivos específicos que se plantearon a las matronas durante las clases («hacer tribu», compartir, conexión, proximidad, comunicación). Los objetivos globales del programa de preparación al nacimiento (Protocolo de preparación para el nacimiento 2009) y posparto se focalizaron en apoyar y acompañar a las mujeres durante la gestación, parto y posparto. Para ello, se utilizaron herramientas destinadas a trabajar el conocimiento, las actitudes, las emociones y las habilidades de afrontamiento.

Matrona 1: «Para mí fue un gran reto [...] que el grupo fuera creando tribu y que, además, la experiencia de cada una formara parte del aprendizaje, de recursos, que cada mujer pudiera aprovechar [...] y que entre ellas hubiera esta unión, este nexo».

Cabe mencionar que, durante la formación *online*, las matronas se centraron en intentar conseguir la proximidad entre las mujeres, que fueran ellas las protagonistas de la atención formativa, que pudieran compartir más sus experiencias y sus aprendizajes; en definitiva, que hicieran más tribu.

Vivencias de las matronas

Engloba los códigos que hacen referencia a cómo vivieron las matronas este tipo de formación grupal y los retos que tuvieron que afrontar (inseguridad, exigencia, falta de formación, desconexión). Todas las matronas manifestaron inseguridad ante la formación *online*, sobre todo por la incomodidad de los inicios y su poca práctica. Estos aspectos se reflejaron en los siguientes comentarios:

Matrona 1: «Me sentí como en una noria».

Matrona 3: «¿Lo sabré dinamizar bien? [...] Creo que mi nivel de exigencia era alto a pesar de mis inseguridades [...] Me decía “yo puedo, adelante”».

Las exigencias personales fueron uno de los elementos clave en la superación de los retos. La motivación y el entusiasmo fueron la clave para seguir adelante. Las matronas manifestaron la escasa formación en las plataformas virtuales; todas ellas son usuarias de las redes sociales, pero ninguna tenía formación docente en estas tecnologías. Muchas veces la for-

Tabla 3. Resumen de las categorías y códigos

Categoría	Código
Objetivos formativos	Hacer tribu
	Compartir
	Conexión
	Proximidad
	Comunicación
Vivencias	Inseguridad
	Exigencia
	Falta de formación
	Desconexión
Recursos materiales	Cámara
	Audio
	Videos
Organización	Cambios en la planificación
	Otras plataformas <i>online</i>
Estrategias de adaptación	Material de soporte
	Autograbaciones
	Cambio de prioridades
Ventajas de la formación <i>online</i>	Proximidad
	Entorno habitual de las mujeres
	Facilidad de conexión

mación específica aparece después de los cambios. Durante el grupo focal, uno de los temas más comentados fue la frialdad de las cámaras y el poco contacto con las mujeres, y también entre ellas mismas.

Matrona 7: «Tenía la sensación de desconexión entre las mujeres [...] hasta yo misma me deshinchaba a la hora de explicar [...]».

Las matronas realizaron muchos esfuerzos por intentar conseguir la conexión grupal.

Recursos materiales

Muestra los códigos que hacen referencia a la parte técnica utilizada para dinamizar la formación (cámara, audio, vídeo). La realización de las clases *online* impulsó el uso de las nuevas tecnologías, para encontrar la proximidad y accesibilidad que ofrecen habitualmente los grupos presenciales. El funcionamiento y la conexión a la red de las mismas tecnologías se convirtieron en un gran reto. Todos somos conscientes de estas dificultades de conexión en las redes.

Matrona 2: «Es más difícil *online* que presencial. Primero por toda la parte técnica: que la cámara funcione, el micro... yo termino más cansada porque estoy mucho más pendiente».

Se constató que el acompañamiento con grupos grandes presenta mayores dificultades que los grupos inferiores a 10 personas.

Tabla 4. Resumen de los resultados

Matrona	Objetivos formativos	Vivencias de las matronas	Recursos materiales	Organización del programa	Estrategias de adaptación	Ventajas de la formación <i>online</i>
1	Para mí era el gran reto, que el grupo se fuera creando haciendo una tribu y que, además, la experiencia de cada una formara parte del aprendizaje, de recursos que cada mujer pudiera aprovechar [...] que entre ellas hubiera esta unión, este nexo	Me he sentido como en una noria	Además de los inconvenientes que significa estar <i>online</i> , que si el audio, que si la cámara, que si el video...	Se han mantenido horarios de intervenciones formativas, las clases se han realizado 1 vez por semana, entre 1,5 y 2 horas de duración. Las plataformas utilizadas han sido Jitsi Meet y Zoom. Los contenidos formativos se han mantenido según los protocolos establecidos	Hacer que no se sintieran como una reunión, que venga y escucho y a ver... En los grupos de lactancia poner el centro de atención al menos en los niños, nos ha ayudado mucho a conseguir esto	Me sentía superagradecida, sobre todo en los primeros meses, de poder estar también, y las mujeres estaban contentas de que tuvieran esta ventana. Ellas también tenían mucho miedo [...] su entorno habitual nos ayudaba a solucionar cosas [...]
2		Yo acabo más cansada porque estoy más pendiente y menos relajada. Pienso que hay cosas que se pierden: el vínculo entre ellas	Con las cámaras cerradas no sabes si hay alguien o no, si te están sintiendo o no...			Es importante la continuidad de este soporte
3	Que el objetivo que yo tenía era que pudieran compartir más que yo hablar [...] y a medida que iban avanzando las semanas y yo iba cogiendo más experiencia, fui viendo que era más provechoso improvisar, que ellas hablaran más	Quería hacerlo muy bien, creo que mi grado de exigencia era alto [...] Me daba la sensación de que nadie me había enseñado y podía haberlo hecho mejor, me ha faltado formación			Inicialmente intenté realizar sesiones de masaje infantil, pero es muy diferente hacerlo presencial que hacerlo con una cámara, porque primero tenía que intentar que la cámara te enfocara bien, que vieran al muñeco, que te vieran a ti...	Sin embargo, el <i>feedback</i> con las mujeres creo que ha sido bueno, ellas me han hecho llegar que se han sentido muy cómodas, que les ha servido para crear tribu
4		Yo no quería hacerlo en modo alguno, porque la cámara me impone mucho y cuando se empezaron a hacer las sesiones del YouTube, yo me veía incapaz de ponerme a hablar delante de una cámara			Yo las invito al grupo nuestro de YouTube, les digo allí tenéis una clase de esferodinamia, y una clase de ejercicios en el suelo y después en el directo resolvemos dudas	Yo tengo ahora una madre de posparto cuyo bebé tiene 9 meses. Entonces ella sale a hacer deporte los miércoles cuando nos conectamos y ella se conecta con el móvil
5		Los grupos grandes son un reto, la tendencia es que existe como una desconexión entre ellas, en posparto hay más interacción porque los grupos son más pequeños			Por los temas teóricos, las acabo remitiendo mucho al canal del YouTube y después resolvemos dudas en la clase	
6	Los grupos de preparación a la maternidad y posparto son muy necesarios para acompañar a las mujeres. Había que adaptarse al formato <i>online</i> , mejor esto que nada		Hay compañeras que tienen más habilidades en temas informáticos [...] yo es que gracias a las Lir que me han ayudado mucho, pero si no... tenía mucha dificultad de hacer el <i>online</i>		Yo lo que hacía era hacer vídeos, o me grababa mi hija y se lo pasaba en el grupo de WhatsApp	
7		Yo noté mucha desconexión entre las mujeres y yo	¿Me escucharán si pongo un Powerpoint? ¿Habrán alguien detrás de la pantalla?		Compartimos muchas cosas en los grupos de WhatsApp	
8				Por temas de alumnas y mujeres, pues decidimos que el parto ya lo harían en lo que es en Vic	Casi todas las que estamos aquí hemos colgado vídeos en el canal de YouTube, y entonces ya nos conocen, nos escuchan y claro ya nos identifican [...] Ha valido la pena realizar el canal	

Matrona 5: «En los grupos grandes, la tendencia es que haya muchas cámaras cerradas, el reto es que ellas interaccionen [...]».

Según el volumen de asistentes, no se observan todas las mujeres en la misma pantalla principal y se pierde la comunicación entre el grupo. Las proyecciones de vídeos o presentaciones de soporte también provocan que se pierda la imagen de los participantes, y evita el contacto visual del conductor del grupo con los asistentes, lo que interfiere en la observación del lenguaje no verbal de las participantes y en la información que este nos transmite.

Organización del programa

Engloba los códigos que se refieren a la parte organizativa (cambios de planificación, plataformas). Las formaciones de preparación a la maternidad, posparto y grupos de apoyo a la lactancia mantuvieron la misma duración y estructura que los grupos presenciales, así como el propio sistema de reclutar a las participantes desde las consultas de atención primaria. Se ha reducido algún grupo en las zonas más rurales.

Los horarios ofrecidos a la población a veces no coincidían con la disponibilidad de las mujeres, aunque sucedía lo mismo con los grupos presenciales, y se intentó dar opciones a otros grupos, aunque no fueran de la misma población.

Para la realización de los grupos *online* se utilizaron mayoritariamente 2 plataformas: Jitsi Meet y Zoom. Los criterios de elección de la plataforma fueron la gratuidad, las habilidades de las matronas en el uso de la plataforma y las preferencias personales de las conductoras del grupo.

Estrategias de adaptación

Muestra los códigos que hacen referencia a los cambios adaptativos de las matronas para facilitar la conducción grupal y apoyar las explicaciones teórico-prácticas, es decir, las estrategias formativas utilizadas (material de apoyo, autograbaciones, cambio de prioridades).

En las sesiones de preparación a la maternidad presencial se utilizan diferentes recursos didácticos, mayoritariamente en forma de documentos, presentaciones y vídeos, para apoyar las exposiciones realizadas. Al empezar las restricciones por la COVID-19, un grupo de matronas del ASSIR Osona, para adaptarse a las necesidades del momento, creó un canal de YouTube con material informativo teórico-práctico para las mujeres. Una vez retomadas las sesiones grupales –en este caso *online*–, cada matrona optó por mantener o adaptar este material según las necesidades del grupo. El uso de vídeos específicos de soporte fue útil para adquirir habilidades o trabajar ejercicios físicos y de relajación. Muchas de las matronas utilizaron el material previamente creado por ellas mismas.

Matrona 5: «Yo les invito a los vídeos del YouTube [...] las animo a realizar los ejercicios [...] pero después, el día de la clase, si hablamos de la pelvis, pues practicamos en clase igualmente».

Se ha puesto de relevancia, ahora más que nunca, que el centro de atención son las mujeres, los bebés y sus necesidades.

Matrona 1: «Los niños nos han ayudado mucho a conseguir esta atención [...] preguntar por Daniel, ¿cómo está hoy? [...] Ponerles a ellos en el centro crea este nexo [...]».

Ventajas de la formación *online*

Engloba los códigos que se refieren a las ventajas de la formación *online* (proximidad, entorno habitual, facilidad de conexión). Las matronas prefieren las sesiones presenciales; sin embargo, todas opinaron que, para las mujeres, es mejor la formación *online* que la ausencia de acompañamiento. En los grupos de lactancia, el hecho de que las madres estuvieran en su entorno habitual facilitó el acompañamiento. Así se podía observar su día a día y dar los consejos pertinentes adaptados e individualizados según los recursos que ellas tienen en el dominio.

Una de las grandes ventajas de la formación *online* es la posibilidad de conexión desde cualquier lugar, tanto de ellas como de sus parejas, ya sea en sus casas, el trabajo, la calle...

En definitiva, tal como comenta la **Matrona 3**, «el *feedback* con las mujeres ha sido bueno, se han sentido muy cómodas y acompañadas. Estaban muy contentas de tener este soporte».

Otros resultados se exponen en la tabla 4.

Discusión

Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19, muchos de los servicios sociosanitarios se han adaptado para conseguir la máxima seguridad y evitar contagios, cuestión que se ha convertido en máxima prioridad en los grupos vulnerables, como son las gestantes y puérperas¹⁵. El seguimiento del embarazo en la atención primaria se ha visto modificado, por lo que han quedado algunos vacíos asistenciales que se han intentado solucionar con el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC). En un estudio cualitativo llevado a cabo en Cataluña sobre las barreras de la telemedicina, los profesionales manifestaron la resistencia ante la redefinición de roles y responsabilidades y la adquisición de nuevas habilidades²². No obstante, la utilización de estos sistemas en el ámbito de la sanidad es imprescindible para contribuir a la evolución de los servicios de salud hacia cotas más altas de eficacia y calidad²³. Durante la maternidad su utilización ha sido una ventaja, ya que diferentes estudios muestran el aumento del uso de las aplicaciones de teléfonos inteligentes por parte de las gestantes como vía de comunicación con los equipos de salud^{17-19,23}.

Al igual que Fernández³, en el presente estudio se observa que los programas de educación en la maternidad/paternidad son una poderosa herramienta para empoderar a la población. Según Barbosa-Leiker et al.¹⁶, la educación *online* puede atender las necesidades de determinados usuarios y mejorar la accesibilidad al sistema, conclusión compartida en este análisis. La proximidad y el buen compartir, aspectos de los que hablan las participantes, son seguramente más beneficiosos en los grupos pequeños que en los mayores, pero compartidos en los grupos parto, posparto y lactancia.

Una de las grandes ventajas que ofrecen las TIC es la posibilidad de efectuar consultas de forma inmediata y sin desplazarse de casa, lo que coincide con los hallazgos de Seguranyes²³ sobre la eficacia de una intervención telemática en el posparto.

Al igual que en el estudio de Baena-Antequera et al.¹⁵ y el de Lindberg et al.²⁴, los resultados en matronas indican que las TIC requieren un aprendizaje, soporte técnico, dominio y liderazgo de las herramientas virtuales. La dificultad de las participantes radica en que la necesidad de utilizar estas tecnologías se antepone a su uso, y sus habilidades se centraban en ser usuarias del sistema, lo que crea ciertas inseguridades y exigencias personales desencadenadas por las TIC y su funcionamiento, retos que también comparte Seguranyes²³ en su estudio.

Los profesionales se han adaptado haciendo lo posible para que las gestantes y púerperas sintieran su proximidad, accesibilidad y disponibilidad^{18,19}. El artículo publicado por Andrade-Romo et al.⁵ describe los beneficios y desafíos de los programas de preparación a la maternidad, en los que se incluyen retos personales, recursos materiales y cuestiones organizacionales, es decir, la demanda, el reclutamiento y la retención de las participantes, la adaptación del material y la privacidad percibida. Sin embargo, tal como exponen Barbosa-Leiker et al.¹⁶, la valoración de los contenidos de la educación grupal depende básicamente de la organización, el formato y el contenido de los servicios educativos ofrecidos. En este estudio, las participantes modificaron la planificación y los horarios, pero lo relevante fue que se destacaron las necesidades de las mujeres como prioridad en todas las intervenciones. Se crearon diferentes recursos de soporte para las sesiones utilizando más material didáctico e integrándolo con las redes de servicios comunitarios existentes, tal como sugieren Roch et al.²⁵ en su artículo.

Los objetivos de las participantes fueron compartir y hacer tribu con las mujeres. La disponibilidad de material teórico de apoyo ayudó a que las sesiones *online* fueran más participativas y vivenciales; así, las experiencias y preocupaciones de las mujeres estuvieron en el centro de este tipo de atención. En función de los resultados obtenidos, se ha podido observar que, aunque ambas partes prefieren sesiones presenciales, las visitas *online* han sido una buena alternativa en un momento en que debían evitarse al máximo los contactos directos.

Una limitación y posible sesgo del estudio es que no se han contrastado las vivencias de las participantes con la valoración de las usuarias.

Conclusiones

A pesar de la escasa formación de las matronas respecto a la conducción grupal a través de las TIC, y los retos que esta modalidad formativa ha creado, el equipo se ha actualizado y adaptado para dar la mejor atención posible y un adecuado soporte a las mujeres. El uso de las TIC puede suponer un instrumento útil para acompañar a las familias de manera grupal, facilitando y familiarizando a los padres con el uso de estos recursos en la consulta telemática de forma individual como una herramienta más del continuo asistencial.

Cabe comentar que la muestra del estudio es pequeña, pero ha servido para poder mejorar la calidad asistencial basada en las TIC. Este tipo de formación ha sido un instrumento que ha permitido garantizar el contacto con las mujeres en estos momentos de incertidumbre y aislamiento. La pandemia ha lanzado a los ASSIR al mundo de las TIC, lo que ha permitido

abrir nuevos caminos para una mayor accesibilidad a la población. En futuras investigaciones se podría valorar el uso del formato híbrido para poder comparar la presencialidad con el formato *online* en cualquiera de los grupos.

Agradecimientos

A todas las matronas del equipo del ASSIR Osona y al Departament de Recerca de la Gerència Catalunya Central del ICS por su apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo MD. Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio. Granada: Universidad de Granada, 2015 [consultado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/42257/25681588.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 2007(3): CD002869 [DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2] [PMID: 17636711; PMCID: PMC6999801].
3. Fernández M. Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *Musas*. 2017; 2(1): 3-20.
4. Fernández M, Muñoz I, Torres J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Prof*. 2014; 15(1): 20-6.
5. Andrade-Romo Z, Heredia-Pi IB, Fuentes-Rivera E, Alcalde-Rabanal J, Bravo-Bolaños Cacho L, Jurkiewicz L, et al. Atención prenatal en grupo: efectividad y retos de su implementación. *Rev Saude Publica*. 2019; 53: 85.
6. Maroto-Navarro G, García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit*. 2004 [consultado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng=es
7. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez M, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. 2011 [consultado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600008&lng=es
8. Maderuelo A, Haro A, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit*. 2006 [consultado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000100006&lng=es
9. Martínez JM, Molina L, Hernández G. Calidad del control del embarazo en atención primaria. *Metas Enferm*. 2012; 15(2): 59-65.
10. Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Aten Primaria*. 1999; 24: 66-74.
11. Martínez JM, Delgado M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit*. 2013 [consultado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000500011&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.010>
12. Fernández M. Construcción de una escalera para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación maternal. *Index Enferm*. 2009; 18(2): 126-30.
13. Educació maternal: preparació per al naixement. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2009 [consultado

- el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/recursos_relacionats/protocol_deducacio_maternal_preparacio_per_al_naixement.pdf
14. Guia per a embarassades. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2018 [consultado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_AZ/E/embaras_part_i_postpart/documents/arxiu/guia_per_a_embarassades.pdf
 15. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco F, Rodríguez-Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara J. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: e202011157.
 16. Barbosa-Leiker C, Smith C, Crespi E, Burduli O, Ranjo S, et al. Stressors, coping, and resources needed during the COVID-19 pandemic in a sample of perinatal women. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21(1): 171.
 17. De Mooij MJM, Hodny RL, O'Neil DA, Gardner MR, Beaver M, Brown AT, et al. OB Nest: reimagining low-risk prenatal care. Mayo Clin Proc. 2018; 93(4): 458-66.
 18. Chatwin J, Butler D, Jones J, James L, Choucri L, McCarthy R. Experiences of pregnant mothers using a social media based antenatal support service during the COVID-19 lockdown in the UK: findings from a user survey. BMJ Open. 2021; 11(1): e040649.
 19. Leiferman JA, Farewell CV, Lee-Winn AE, Jewell J, Ulrickson C, Huberty J, et al. Management of prenatal depression: effectiveness of an online training module across health care disciplines. J Contin Educ Health Prof. 2019; 39(3): 178-84.
 20. Taylor SJ, Bogdan R. El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. Barcelona: Paidós; 1998.
 21. Guba E, Lincoln Y. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. Educ Tech Res Dev. 1982; 4(30): 233-52.
 22. Roig F, Saigó F. Barreras para la normalización de la telemedicina en un sistema de salud basado en la concertación de servicios. Gac Sanit. 2011; 25(5): 397-402.
 23. Seguranyes G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2013. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/21987/1/T34584.pdf>
 24. Lindberg I, Ohrling K, Christensson K. Midwives' experience of using videoconferencing to support parents who were discharged early after childbirth. J Telemed Telecare. 2007; 13(4): 202-5.
 25. Roch G, Da Silva RB, De Montigny F, Witterman HO, Pierce T, Semenik S, et al. Impacts of online and group perinatal education: a mixed methods study protocol for the optimization of perinatal health services. BMC Health Serv Res. 2018; 18(1): 382.

¡TE NECESITAMOS!



¡Incorporate a nuestro nuevo
**PROGRAMA DE
EXPERTOS!**

Entra para recibir y probar nuestras soluciones co-creadas con otros expertos para mejorar el día a día de los futuros o recién padres y de sus bebés.

Escanea este código QR para entrar ▶



babymoov®

Desde cerca de 25 años pensamos y creamos soluciones en colaboración con los padres y expertos para la futura mamá y el bebé.

#babymoov

→ *Sophia Mighali*

Matrona y co-creadora con Babymoov del reductor anticólicos Cloudnest



Alopecia femenina

Ramon Grimalt

Profesor titular de Dermatología. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

La alopecia en la mujer es genéticamente multifactorial, contribuyendo a su manifestación clínica mecanismos andrógeno-dependientes e independientes. Cuando se presenta con elevación de andrógenos se conoce como alopecia androgenética femenina (FAGA, por sus siglas en inglés: *Female AndroGenetic Alopecia*), y cuando no depende de ellos la llamamos simplemente alopecia femenina (AF).

Los estudios epidemiológicos demuestran que en España el 36 % de las mujeres padecen algún tipo de alopecia; de ellas, el 19,7 % FAGA y el 16,3 % FAGA de patrón masculino.

Alopecia androgenética femenina

Desde Ludwig (1977) admitimos tres etapas de FAGA, siempre relacionadas con un incremento moderado de los andrógenos circulantes:

- 1. FAGA grado I (mínima):** se considera la FAGA de comienzo. Hay un perceptible adelgazamiento de los cabellos de la porción anterior de la corona. La mujer suele ocultar el área con el peinado, y para visionarla es preciso peinar hacia delante los cabellos, dejando al descubierto una alopecia de la región centroparietal anterior con la línea frontal conservada. Este tipo de alopecia suele comprobarse en jóvenes con otras manifestaciones de hiperandrogenismo como seborrea, acné, hirsutismo, eczemátides y alteraciones menstruales discretas.
- 2. FAGA grado II (moderada):** con el paso del tiempo, el área de rarefacción «en corona» se hace más evidente al aumentar el número de cabellos adelgazados y cortos; entonces ya es más difícil, aunque posible, el camuflaje mediante el peinado. Este patrón de alopecia suele ser el marcador de un exceso de andrógenos, generalmente ováricos, a punto de convertirse en un hiperandrogenismo. La bioquímica sanguínea puede demostrar exceso de Δ -4-androstenediona (desde ovarios) y testosterona libre, además de glucurónido de androstenediol (metabolito de la testosterona).
- 3. FAGA grado III (intensa):** por último, en algunas mujeres, generalmente perimenopáusicas o menopáusicas, la «corona» llega a la alopecia prácticamente total, pero incluso en este estadio se mantiene la línea de implantación frontal. Aunque la mujer se peine tratando de ocultar la alopecia con los cabellos de la banda frontal y de las regiones temporoparietales, ya no es necesario despeinarla para comprobar su alopecia. Este tipo de alopecia también puede observarse en mujeres con trastornos ováricos o suprarrenales.

Alopecia androgenética femenina de patrón masculino (FAGA-M)

Este tipo de alopecia, también descrito por Ludwig en 1977, se considera propio de mujeres con niveles de andrógenos circulantes similares a los del hombre o con una hipersensibilidad del órgano diana folicular a la hormona.

Las mujeres con FAGA-M presentan, además, una serie de signos y síntomas:

- Casi todas muestran alopecia en la región frontovertical, en la coronilla y en regiones temporoparietales supraauriculares. A veces la coronilla es la única área o el área alopécica preferente. También es frecuente observar alopecia difusa en otras regiones pilosas como pubis, axilas y cejas.
- En casos muy avanzados de FAGA-M pueden encontrarse signos de virilización.
- Casi todas las mujeres con FAGA-M notan una importante seborrea en el cuero cabelludo, además de hormigueo, prurito y quemazón.

Otras formas de alopecia femenina

Alopecia posparto

Además de la caída fisiológica cronológica, en las mujeres suele producirse también una importante caída en el posparto, que será mayor dependiendo de la predisposición que tenga a la FAGA, pues muchas veces es el comienzo de esta. Esta alopecia posparto está en clara relación con la disminución de los estrógenos que se han mantenido en tasas muy elevadas durante el último trimestre del embarazo, razón por la cual durante este periodo tiene lugar una discretísima caída de cabellos, aumenta el diámetro de ellos, se reduce la seborrea, el cutis se vuelve eudérmico, e incluso en algunas alopecias areatas se puede recuperar cabello sin necesidad de otra medicación (figura 1).

Alopecia femenina por déficit de hierro

La mujer también puede presentar una alopecia por déficit de hierro, que puede asociarse a la alopecia posparto secundaria a la pérdida sanguínea que se produce. Es habitual en mujeres que tienen menstruaciones abundantes, que no incluyen carnes rojas en su dieta, e incluso en aquellas que sistemáticamente hacen regímenes mal equilibrados. La suplementación de hierro vía oral debe hacer que la hemoglobina suba unos 2 g/dL cada 3-4 semanas, por lo que se normalizaría en 3-6 meses. Hay que evitar la sobredosificación de hierro, especialmente en pacientes con hemocromatosis.

Alopecia femenina y déficit de vitamina B₁₂

Aunque no se conoce la acción de la vitamina B₁₂ sobre el crecimiento del cabello, es posible que su depleción ayude a la presentación de crisis depresivas. Las alteraciones neuropsiquiátricas pueden presentarse cuando los niveles séricos están por debajo de los 300 ng/L, lo que sucede frecuentemente en pacientes con FAGA que reciben tratamiento con acetato de ciproterona y etinilestradiol (figura 2).

Alopecia por déficit de cinc y biotina

Estos déficits pueden causar efluvios telógenos crónicos, que mejoran con el aporte de cinc y biotina, respectivamente, aunque el aporte de cinc debe ser en forma de sales absorbibles, como aspartato o acexamato, a las dosis de 100-150 mg/día, y el de biotina a la dosis de 20 mg diarios.



Pilopeptan®

WOMAN

FÓRMULA **ESPECÍFICA** PARA
CADA **TIPO DE CAÍDA** DE CABELLO

CAUSAS



Estacional:
Primavera y otoño



Carencias nutricionales:
¿Alimentación incompleta?
¿Dietas restrictivas?



Estrés:
¿Exámenes/trabajo/
situaciones familiares?



Posparto y lactancia:
Madres recientes



SOLUCIÓN

Pilopeptan® **INTENSIVE**



1 MES 1 sobre/día

PLAN DE CHOQUE

Pilopeptan® **WOMAN**



3 MESES 1 comprimido/día



CAUSAS



**Genéticas y
hormonales**



SOLUCIÓN



Pilopeptan® **WOMAN 5α_R**

+6 MESES 1 comprimido/día



Figura 1. Alopecia posparto



Figura 2. Alopecia femenina severa Ebling III



Figura 3. Efluvio telógeno



Figura 4. Alopecia cíclica o estacional

Efluvios telógenos (figura 3)

Es el segundo tipo de caída del cabello más común diagnosticado por dermatólogos, después de la alopecia androgénica. Se debe a una anomalía en el ciclo de crecimiento del cabello que da origen a una pérdida excesiva de pelos en la fase telógena. Puede estar desencadenado por numerosas causas, y en general tras el cese del factor causante se resuelve y se produce la recuperación completa. En los casos más severos se presenta de forma brusca, no localizada en la región frontovertical sino en la occipital y en frontoparietales («entradas»); su curso no es progresivo sino fluctuante; dura entre 6 meses y 6 años, y nunca se encuentran cabellos miniaturizados. Hay que convencer a las pacientes de que se trata de un proceso pasajero, aunque, como hemos señalado, puede durar 6-7 años y no se conocen casos que hayan llevado a la calvicie. En el 34,2 % de los casos se acompaña de tricodinia, definida como «dolor en el cuero cabelludo, como si me clavaran agujas».

Alopecia en la anorexia nerviosa

Este tipo de alopecia es más frecuente en mujeres y se relaciona con el efluvio telógeno crónico (ETC) y con las deficiencias de la dieta, que llevan a la alopecia en el 24 % de los casos.

También pueden manifestarse otros signos, como hipertrichosis hasta en el 62 %, especialmente en la frente y las mejillas; queratitis en el 76 %, cuero cabelludo seco en el 48 %; frialdad distal en el 38 %; acrocianosis en el 33 %; y eritema periungueal y modificaciones ungueales en el 48 y 29 %, respectivamente.

Alopecia en regímenes hipocalóricos

Los regímenes hipocalóricos con dietas no equilibradas, a los que se someten muchas mujeres, aumentarían o pondrían en marcha una alopecia femenina. Se comprueba especialmente en jóvenes de 15-17 años. Aunque solo en casos graves de malnutrición suelen observarse alteraciones pilosas, hay que recordar que después de 2-4 meses de dieta sin lípidos el aspecto de los cabellos es «desgreñado».

Factores desencadenantes

Hay muchos factores desencadenantes que no se pueden considerar etiológicos; es más, muchas de las formas que hemos indicado como propias de AF podrían ser solo factores desencadenantes de cualquiera de estos procesos.

Radiación UV

Se observa después del verano en mujeres que usan peinados que permiten que los UV alcancen el cuero cabelludo. Las mujeres presentan cabellos desgreñados en la región frontal, aumento de la depilación en la región frontovertical y pérdida de la línea de implantación frontal (Camacho et al., 1996). Tam-

bién puede ser el comienzo de una alopecia androgénica, aunque habitualmente los UV la empeoran.

Caídas estacionales

Hay épocas del año en las que el cabello se cae más (figura 4). La razón de esta mayor caída es que en Europa hay modificaciones circadianas anuales de los niveles séricos de andrógenos, siendo estos algo mayores en los meses de septiembre y octubre.

Estrés

Muchas personas que pierden cabellos insisten en que esta caída guarda relación con situaciones de estrés y, aunque no es la causa desencadenante, no cabe duda de que el estrés biológico, químico o físico, como la actuación de los UV, puede influir por un mecanismo andrógeno-dependientes. Sería una explicación a la caída que observamos en los meses posteriores al verano, y a esta acentuación andrógeno-dependiente.

Pérdida cronológica de cabellos

Se acepta que en un adulto caen diariamente entre 35 y 100 cabellos. Sin embargo, esta cifra varía dependiendo de la edad y de la densidad folicular. Esta densidad se va reduciendo con la edad cronológica, por lo que los niños pierden más cabellos diariamente que los adolescentes, estos más que los adultos, y conforme se acerquen a la senectud la pérdida será menor porque hay una reducción fisiológica de la densidad folicular.

Envejecimiento

Otro proceso celular que afecta a la expresión genética puede estar determinado por el proceso de envejecimiento, pudiendo existir un «punto sin retorno» para estimular el crecimiento del pelo en personas de edad avanzada.

Bibliografía recomendada

- Camacho F. Constitutional hirsutism. The SAHA syndrome. En: Camacho F, Randall VA, Price VH, eds. Hair and its disorders. Biology, pathology and management. Londres: Martin Dunitz; 2000. p. 359-67.
- Cash TF, Price VH, Savin RC. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects. J Am Acad Dermatol. 1993; 29(4): 568-75.
- Hamilton JB. Patterned loss hair in man. Types and incidence. Ann N Y Acad Sci. 1951; 53(3): 708-28.
- Hoffmann R. TrichoScan: a novel tool for the analysis of hair growth in vivo. J Invest Dermatol Symp Proc. 2003; 8: 109-15.
- Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. Br J Dermatol. 1977; 97(3): 247-54.
- Olsen EA. Female pattern hair loss. J Am Acad Dermatol. 2001; 45(3 Suppl): S70-S80.
- Rebora A. Telogen effluvium. Dermatology. 1997; 195(3): 209-12.
- Trüeb RM. Association between smoking and hair loss: another opportunity for health education against smoking? Dermatology. 2003; 206(3): 189-91.
- Whiting DA. Chronic telogen effluvium: increased scalp hair shedding in middle-aged women. J Am Acad Dermatol. 1996; 35(6): 899-906.

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en un hospital Best Practice Spotlight Organization

Prevalence of exclusive breastfeeding in a hospital Best Practice Spotlight Organization

Mireia Alcázar-París¹, Inmaculada Gómez-Martin², Susana Andrés-Vázquez³, Dani Andrés-Escobedo⁴, Montserrat Tiñena-Amorós⁵, Montserrat Martínez-Muñoz⁶, M.^a Ángeles Aceituno-López⁷, Esperanza Zuriguel-Pérez⁸

¹Enfermera. Servicio de Neonatología. Unidad Intensiva de Neonatos. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ²Enfermera. Servicio de Obstetricia. Unidad de Puerperio. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ³Matrona. Servicio de Obstetricia. Unidad de Paritorio. Hospital de la Dona, Hospital Universitari Vall d'Hebron. ⁴Unidad de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ⁵Estandarización de Cuidados de Enfermería. Gestión del Conocimiento y Evaluación. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ⁶Responsable de la Unidad de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ⁷Adjunta a la Dirección de Enfermería responsable de la atención ambulatoria y hospitalización del Hospital Infantil y del Hospital de la Mujer. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Hospital Universitari Vall d'Hebron. ⁸Coordinadora de investigación. Gestión del Conocimiento y Evaluación. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Jefe del Grupo de Investigación Multidisciplinario de Enfermería. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de la lactancia materna exclusiva al alta de los recién nacidos sanos, y determinar el nivel de satisfacción de las mujeres puérperas con las intervenciones realizadas para la promoción de la lactancia materna según recomendaciones de la guía *Lactancia materna* de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) aplicadas desde 2017.

Método: Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo entre junio de 2018 y junio de 2019. La muestra fue de mujeres puérperas ingresadas en la Unidad de Obstetricia del Hospital de la Mujer del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona. Se analizaron variables sociodemográficas y relacionadas con el grado de satisfacción de las intervenciones de promoción de la lactancia materna que habían recibido todas las madres, tanto si ofrecían el pecho como lactancia artificial, recogidas a través de un cuestionario diseñado *ad hoc*.

Resultados: Se analizaron 337 encuestas realizadas por mujeres que recibieron intervenciones de promoción de la lactancia materna. Un total de 306 mujeres (90,8 %) alimentaron a su recién nacido con lactancia materna exclusiva en el momento del alta. La proporción de madres que dieron lactancia materna exclusiva al alta fue significativamente superior en el grupo que ya lo había hecho anteriormente. El grado de satisfacción sobre las intervenciones de promoción recibidas obtuvo una puntuación media de $5,41 \pm 0,88$ en la escala de Likert, siendo 1 totalmente insatisfecha y 6 totalmente satisfecha. El grado de satisfacción fue alto tanto en el grupo que alimentó con lactancia materna exclusiva como en el que no lo hizo.

Conclusiones: Casi la totalidad de las mujeres es dada de alta ofreciendo lactancia materna exclusiva a sus recién nacidos, siendo la lactancia materna previa un factor de predisposición hacia la misma. El grado de satisfacción con las intervenciones de promoción de la lactancia materna fue alto.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Amamantamiento, lactancia, promoción de la salud, madres lactantes, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of exclusive breastfeeding at discharge of healthy newborns and to determine the level of satisfaction of postpartum women with the interventions carried out to promote breastfeeding according to the recommendations by the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) applied since 2017.

Methodology: Cross-sectional descriptive study, carried out between June 2018 and June 2019. The sample was postpartum women admitted to the Obstetrics Unit of the Maternity Hospital of Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona. Sociodemographic variables and those related to breastfeeding promotion interventions were collected through an ad hoc designed questionnaire and analysed, which included those mothers who were breastfeeding and those choosing to bottle feed their newborn neonates.

Results: 337 surveys completed by women who received breastfeeding promotion interventions were analysed. 306 women (90.8 %) exclusively breastfed their newborn at discharge. The proportion of mothers who exclusively breastfed at discharge was significantly higher in multiparous women who breastfed previous siblings. The degree of satisfaction with the interventions received had a mean score of 5.41 ± 0.88 on the Likert scale, with 1 being totally unsatisfied and 6 totally satisfied. The degree of satisfaction was high regardless of having breastfed or not.

Conclusions: Almost all women are discharged with exclusive breastfeeding, with previous breastfeeding being a predisposing factor towards it. The degree of satisfaction with breastfeeding promotion interventions was high.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Key words: Breastfeeding, lactation, health promotion, nursing mothers, associated factors.

Financiación: no existe financiación total o parcial del estudio. Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Este artículo no se ha presentado como comunicación oral o póster en ningún congreso ni ha sido publicado en una tesis doctoral.

Fecha de recepción: 26/4/2021. Fecha de aceptación: 14/12/2021.

Correspondencia: Mireia Alcázar-París. Servicio de Neonatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron, 119. 08035 Barcelona.

Correo electrónico: mireia.alcazar@gmail.com

Introducción

La lactancia materna exclusiva (LME) aporta numerosos beneficios tanto al recién nacido como a la madre a corto y largo plazo, siendo una intervención sanitaria con bajo coste y consiguiendo mayores beneficios sobre la salud^{1,2}.

En distintos estudios se ha descrito que dar el pecho durante la primera hora de vida se asocia a la duración de la lactancia materna (LM), la cual protege al bebé frente a infecciones gastrointestinales y respiratorias, y reduce la mortalidad infantil^{3,4}. A largo plazo, la LM se ha asociado a una disminución del riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, y a un incremento de las puntuaciones del coeficiente intelectual^{5,6}. Otros beneficios referidos a la LM incluyen protección contra el cáncer ovárico y el cáncer de mama entre las madres lactantes⁷.

No obstante, a nivel mundial y según la OMS y UNICEF, solo el 43 % de los recién nacidos son puestos al pecho durante la primera hora de vida¹. Para 2030 se espera que a nivel mundial este porcentaje alcance el 70 % de inicio de la LM durante la primera hora de vida, y que se mantenga un 70 % de la LME hasta los primeros 6 meses de vida¹. En la última Encuesta Nacional de Salud de España disponible⁸, el 73,9 % de los bebés recibieron LME durante las primeras 6 semanas de vida, reduciéndose a un 63,9 % de la LME a los 3 meses de edad, y finalmente solo el 39 % de los bebés recibieron LME a los 6 meses de edad, cifras que a partir de los 3 meses se alejan de las propuestas por la OMS y UNICEF.

Son numerosos los factores que pueden interferir en el inicio de la LM, tanto de origen neonatal y maternal como social y laboral⁹⁻¹³. En España se realizó un estudio donde algunos factores identificados con el no inicio de la LM estaban relacionados con la decisión materna, dificultades en el inicio de la LM y problemas de salud maternos¹⁴. Todo esto indica que existe un vacío importante al respecto, y que el equipo sanitario podría intervenir para promocionar la LM mediante una mejor información y formación de las madres¹⁵.

El Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona es un centro comprometido con la implantación de las recomendaciones de la guía de práctica clínica *Lactancia materna* de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO-LM)¹⁶ que sigue la metodología del programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) desde 2017. El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de la LME en el momento del alta de los recién nacidos sanos, y determinar el nivel de satisfacción de las mujeres puérperas con las intervenciones realizadas siguiendo la guía de práctica clínica para la promoción de la LM de RNAO-LM.

Método

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo entre junio de 2018 y junio de 2019, que forma parte de un proyecto multicéntrico realizado en nueve hospitales españoles participantes en el programa BPSO®¹⁷. Para este subestudio se utilizó la muestra de mujeres puérperas ingresadas en la Unidad de Obstetricia del Hospital de la Mujer del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Se incluyeron mujeres puérperas con bebé nacido de parto único, a término y sin anomalías severas (cromosómicas, malformaciones congénitas o fallo respiratorio que requiriera respiración asistida), con un peso al nacer igual o

superior a 2500 gramos, con una puntuación de 5 o superior en la medición del test de Apgar a los 5 minutos, no entregado en adopción y dado de alta con la madre. Los motivos de exclusión fueron: mujeres puérperas con dificultades para leer y comprender el lenguaje castellano o con déficit cognitivo o mental; los casos de separación por motivo neonatal; recién nacidos ingresados en la Unidad Neonatal o separados de la madre por motivo materno; mujeres puérperas que tras el parto precisaron ingreso en la Unidad de Reanimación por alguna complicación, y el no deseo de participar en el estudio.

El cálculo muestral se realizó teniendo en cuenta que el número de partos en 2017 fue de 2009, con un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 %. Asumiendo que la proporción esperada del grado de cumplimentación del cuestionario y de satisfacción fuera del 50 %, la muestra calculada ascendió a 340 participantes; esta muestra representó el 14,18 % del estudio multicéntrico.

Se utilizó un cuestionario de 32 ítems diseñado y validado por los miembros del grupo del estudio multicéntrico original. Se consideraron tres grupos de variables: sociodemográficas, características de la LM y relacionadas con la promoción de la LM. La satisfacción respecto a las intervenciones para la promoción de la LM se midió con una escala de Likert de 1-6 (1: totalmente insatisfecha, 6: totalmente satisfecha).

Procedimiento de recogida de datos

Las participantes, que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron escogidas de manera consecutiva durante el ingreso hospitalario. En caso de acceder a la investigación, al alta se les entregaba el cuestionario, el cual una vez cumplimentado debían depositar en una urna habilitada a tal efecto. Los datos se recogieron en una base de datos Microsoft Access.

Análisis de datos

Durante la fase de depuración de datos se eliminaron 3 cuestionarios sin respuesta a la alimentación al alta del recién nacido (0,88 %). Se llevó a cabo un análisis descriptivo, expresando las variables cuantitativas mediante medias y desviaciones estándar (DE), y las variables cualitativas mediante frecuencias relativas (n) y absolutas (%). Se comprobó la normalidad utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis bivariante se empleó el test de la U de Mann-Whitney y chi cuadrado. Las respuestas «Leche artificial» y «Leche materna con suplemento de leche artificial» se agruparon como No LME, y la variable «Grado de satisfacción con las intervenciones de promoción de la lactancia materna» diferenció entre nivel alto (mayor o igual a 4 en la escala de Likert) y bajo. Se consideró un nivel de significación estadística $\leq 0,05$; se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24.0.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitari Vall d'Hebron. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustaron a la normativa legal de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento EU 2016/679) y a la legislación vigente en proyectos de investigación en nuestro país.

(Ley de Investigación Biomédica 14/2007), y también a los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos (Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales), garantizando con ello la confidencialidad a nivel de protección de la legislación vigente de nuestro país. Nuestro hospital firmó un acuerdo de confidencialidad del Programa BPSO®, comprometiéndose a seguir las normas de Buena Práctica Clínica. Los cuestionarios fueron anónimos y se respetó la confidencialidad de las respuestas, y las participantes otorgaron su consentimiento por escrito.

Resultados

Aceptaron participar 340 madres y 3 cuestionarios se eliminaron por no responder a la pregunta de la alimentación al alta del recién nacido, realizándose un análisis de 337 encuestas en total. La edad media materna fue de 32,3 años (DE: 6,18), en un rango entre 17 y 48 años. Un total de 138 madres (40,95 %) declararon tener estudios universitarios y 180 (53,41 %) trabajar por cuenta ajena. En ámbito urbano residían 286 madres (84,87 %). De las 155 madres con hijos previos, 137 (88,38 %) afirmaron haber dado de amamantar al hijo/a anterior. Un total de 306 (90,8 %) ofrecieron LME en el momento del alta. La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de las participantes.

En la tabla 2 se muestran las variables del seguimiento de la guía de práctica clínica. El contacto piel con piel (CPP) fue realizado por 305 (90,5 %) madres y por 13 (3,85 %) padres. La primera toma durante la primera hora de vida fue realizada en 292 bebés (86,65 %) en el paritorio, el quirófano o la sala de reanimación. Durante el CPP con la madre, el personal sanitario informó a la madre de cómo colocar al bebé al pecho e identificar un buen agarre en el 97,03 % (327) y 95,25 % (321), respectivamente. Aspectos como identificar precozmente el hambre del bebé fue percibido en un 48,96 % (165), reconocer signos de satisfacción del bebé en un 48,36 % (163), el número de tomas diarias mínimas en un 66,46 % (224) y hábitos saludables en un 45,10 % (152) de las mujeres, tanto si ofrecían el pecho como lactancia artificial. Se informó sobre la extracción de la leche a 205 mujeres (60,83 %). En el contexto de las recomendaciones aplicadas para fomentar la LM, 320 mujeres (94,95 %) recibieron información sobre la LM. La información recibida por las madres se centró en los beneficios de la LM en 226 madres (67,06 %), la importancia de la lactancia a demanda en 208 madres (61,72 %), la necesidad de alojamiento conjunto madre-bebé en 134 madres (39,76 %), y la información sobre los grupos de apoyo a la lactancia en 163 madres (48,37 %). También se recogieron datos referentes a si el bebé recibió otro alimento que no fuera LM durante el ingreso hospitalario, el método de suplementación y el motivo de suplementación con biberón, siendo petición de la madre en 11 casos. La separación de la díada madre-bebé se realizó en 317 casos (94,06 %), siendo los motivos principales las pruebas/tratamiento del bebé en el 85,49 % (271).

En la tabla 3 se muestra el análisis bivalente entre el tipo de alimentación al alta y las variables sociodemográficas de la madre. No se encontraron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas del estudio y la alimentación al

alta del recién nacido, salvo en el hecho de haber dado de amamantar a un hijo/a anterior, que sí resultó estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

La puntuación media en relación con el grado de satisfacción sobre intervenciones de promoción de la LM fue de $5,41 \pm 0,88$ en la escala de Likert. No se encontraron diferencias significativas entre el grado de satisfacción y la decisión de alimentar con LME o no. Un total de 324 mujeres (96,14%) refirieron un alto grado de satisfacción sobre las intervenciones (tabla 4).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes (n= 337)

	Media $\pm$ DE	n	%
Edad	32,3 $\pm$ 6,18		
Nivel de estudios			
Sin estudios		1	0,3
Primarios		26	7,72
Primer ciclo		76	22,55
Segundo ciclo		96	28,19
Universitarios		138	40,95
Ocupación laboral			
Trabajadora por cuenta ajena		180	53,41
Autónoma		14	4,15
Desempleada		84	24,93
Otras		58	17,21
NS/NC		1	0,3
Lugar de residencia			
Ámbito urbano		286	84,87
Ámbito semiurbano		23	6,82
Ámbito rural		18	5,34
NS/NC		10	2,97
Hijos previos			
Si		155	46,59
No		182	53,41
Lactancia anterior (n= 155)			
Si		137	88,38
No		12	7,74
NS/NC		6	3,87
Alimentación al alta			
Lactancia artificial		1	0,29
Lactancia materna y artificial		30	9,49
Lactancia materna exclusiva		306	90,8

DE: desviación estándar; NS/NC: no sabe/no contesta.

Tabla 2. Variables de seguimiento de la guía de práctica clínica

	n	%
Tipo de nacimiento		
Vaginal eutócico	207	61,42
Vaginal instrumental	36	10,68
Cesárea	94	27,89
Recibe información sobre lactancia		
Sí	321	95,25
No	16	5,04
Realización de CPP		
Sí, con la madre	305	90,5
Sí, con el padre	13	3,85
Motivo de no CPP con la madre (n= 32)		
Cesárea	20	62,5
La madre necesitó cuidados intensivos	1	3,12
No fue ofrecido	11	34,37
Primera vez que ponen al bebé al pecho		
Paritorio	221	65,58
Planta de hospitalización	40	11,87
Quirófano	37	10,98
Reanimación	34	10,09
NS/NC	5	1,48
Aspectos trabajados por el/la profesional sanitario durante el ingreso en relación con la LM		
Cómo colocar al bebé al pecho	327	97,03
Agarre correcto al pecho	321	95,25
Reconocer signos de satisfacción del bebé	163	48,36
Identificar precozmente el hambre del bebé	165	48,96
Número de tomas diarias mínimo	224	66,46
Extracción de leche	205	60,83
Cuidados e higiene de las mamas	199	59,05
Hábitos saludables	152	45,10
No se trabajó ningún aspecto	2	0,59

CPP: contacto piel con piel; LM: lactancia materna; NS/NC: no sabe/no contesta.

	n	%
Información sobre la lactancia materna		
Madres informadas	320	94,95
Beneficios de la LM	226	67,06
Beneficios de la lactancia a demanda	208	61,72
Alojamiento conjunto de madre-bebé	134	39,76
Grupos de ayuda y apoyo a la lactancia materna	163	48,37
No se informó	17	5,04
El bebé toma otro alimento que no sea leche materna		
No	281	83,38
Sí, lactancia artificial	44	13,05
Sí, suero glucosado	5	1,48
NS/NC	7	2,08
Método de suplementación (n= 49)		
Biberón	19	43,18
Dedo-jeringa/sonda-pecho/sonda-dedo	26	59,09
NS/NC	4	9,09
Motivo de suplementación con biberón (n= 19)		
Petición materna	11	57,89
Indicación médica	5	26,31
Ofrecido por personal sanitario	3	15,79
Separación madre-bebé		
Sí	317	94,06
No	18	5,34
NS/NC	2	0,59
Motivo de separación madre-bebé (n= 317)		
Aseo del bebé	197	62,14
Valoración del pediatra	242	76,34
Pruebas/tratamiento del bebé	271	85,49
Pruebas/tratamiento de la madre	26	8,20
No informaron del motivo	8	2,52

Discusión

El presente estudio muestra una alta prevalencia de LME en el momento del alta (90,8 %), similar a los resultados publicados por Cuadrón Andrés et al.¹⁸ (90,7 %) y Oribe et al.¹⁹ (84,8 %). Al contrario del estudio de Cohen et al.²⁰ (que afirma que, a pesar de las diferencias entre las poblaciones de estudios de los diferentes países, a mayor nivel de educación mayor es la probabilidad de iniciar y mantener una LM exitosa), este estudio observó que, independientemente del nivel de estudios de las mujeres, la mayoría tendían a escoger la LM como el método más saludable para alimentar a sus recién nacidos. Un

aspecto hallado en este estudio y compartido por otros^{15,21-23} es la relación entre la LME y aquellas madres multiparas que habían experimentado anteriormente una LM exitosa.

Un factor descrito en la literatura que ayuda al inicio precoz y a aumentar la duración de la primera toma para establecer la LM es la intervención del CPP²⁴⁻²⁹, resultando una experiencia feliz y muy satisfactoria para la gran mayoría de las madres²⁸. En nuestro estudio, siguiendo la guía de práctica clínica, se realizó la intervención del CPP con la madre en el 90,5 %. En 13 casos el bebé fue ofrecido a la pareja para realizar el CPP al estar la madre indisputada. Según demuestran Huang et al.³⁰,

Tabla 3. Factores relacionados con la alimentación por lactancia materna exclusiva al alta

	LME		No LME		p
	Me (Q1-Q3)		Me (Q1-Q3)		
Edad de la madre (años)	33 (28-37)		32 (30-38)		0,616 ¹
Grado de satisfacción	6 (5-6)		6 (5-6)		0,574 ¹
	LME		No LME		p
	n	%	n	%	
Nivel de estudios					
Sin estudios	1	0,30	0		0,361 ²
Primarios	23	6,82	3	0,89	
Primer ciclo	69	20,47	7	2,08	
Segundo ciclo	83	24,63	13	3,86	
Universitarios	130	38,58	8	2,37	
Ocupación laboral					
Desempleada	72	21,43	12	3,57	0,140 ²
Autónoma	12	3,57	2	0,6	
Trabajadora por cuenta ajena	165	49,11	15	4,46	
Otras	56	16,67	2	0,6	
Lugar de residencia					
Ámbito urbano	259	79,2	27	8,26	0,145 ²
Ámbito semiurbano	20	6,12	3	0,92	
Ámbito rural	18	5,5	0		
Lactancia anterior					
Sí	127	85,23	10	6,71	0,037 ^{*2}
No	9	6,04	3	2,01	

¹U de Mann-Whitney.

²Chi cuadrado.

*La cifra en negrita implica significación estadística.

LME: lactancia materna exclusiva.

Tabla 4. Grado de satisfacción sobre intervenciones de promoción de la lactancia materna

	Media ± DE	LME		No LME		p
		Me (Q1-Q3)		Me (Q1-Q3)		
Grado de satisfacción	5,41 ± 0,88	6 (5-6)		6 (5-6)		0,574 ¹
Grado de satisfacción		LME		No LME		
		n	%	n	%	
Alto		293	86,94	31	9,20	
Bajo		11	3,26	0		

¹U de Mann-Whitney.

DE: desviación estándar; LME: lactancia materna exclusiva.

esta práctica promueve la LM porque al comparar en su estudio los efectos del CPP paterno con los recién nacidos después de un parto por cesárea, hallaron que los recién nacidos muestran una actitud de querer amamantar comparados con los que no realizan CPP.

Para poder establecer la LM es importante realizar la primera toma durante la primera hora de vida²⁹. En este estudio, el primer contacto del bebé con el pecho se realizó en la sala de partos, incluyendo el quirófano y la sala de reanimación, en 292 bebés (86,65 %).

El apoyo ofrecido a los padres por los/las profesionales de enfermería, observando la primera toma y trabajando aspectos de la colocación del recién nacido en el pecho, puede haber influido positivamente en el establecimiento de la LM. Otros aspectos en los que se debe educar (p. ej., reconocer signos de satisfacción del bebé, identificar precozmente el hambre en el pequeño y hábitos saludables durante la LM) podrían ser mejorados por el personal sanitario. También se facilitó información sobre los beneficios de la LM, los beneficios de la lactancia a demanda, el alojamiento conjunto madre-bebé, y los grupos de ayuda y apoyo a la LM. Estos dos últimos aspectos (alojamiento conjunto madre-bebé y grupos de ayuda y apoyo a la LM) fueron puntuados por las madres con un 39,76 % y un 48,37 %, respectivamente, lo que nos indicaba que debemos mejorar nuestra práctica diaria y asegurarnos de que la información relacionada con estos dos aspectos es facilitada a las madres, porque influye positivamente y favorece una LM exitosa y duradera^{4,14,24,31}.

Durante el ingreso también encontramos que 45 bebés recibieron leche artificial: 26 bebés (59,09 %) tomaron leche artificial a través del método pecho-sonda-jeringa o dedo-sonda-jeringa para minimizar la interacción con la LM³²; y 19 bebés (42,22 %) recibieron leche artificial con biberón, en 11 de ellos por petición materna. En el momento del alta, 306 bebés (90,8 %) recibían LME, 30 (9,48 %) lactancia mixta y 1 (0,29 %) lactancia artificial.

Se han detectado áreas de mejora, como evitar la separación de la díada madre-bebé. La separación fue realizada durante el aseo del bebé en un 62,14 %, durante la valoración del pediatra en un 76,34 %, o debido a pruebas/tratamiento del bebé en un 85,49 %. Según la OMS y UNICEF²⁹, «permanecer juntos» significa que no hay separación de más de una hora entre la madre y el bebé y, al no haberse especificado en el cuestionario, cabe la posibilidad de que las madres percibieran la separación como todo momento en que el bebé era retirado de la habitación aunque su tiempo de ausencia fuera inferior a una hora. Sin embargo, algunas de estas intervenciones podrían haberse realizado sin la necesidad de separación al interferir negativamente con la promoción de la LM²⁵. Es importante que nuestra práctica clínica esté basada en la evidencia, por lo que se recomienda realizar actividades formativas a los profesionales sanitarios para mejorar la atención a las madres y a los recién nacidos, y potenciar factores favorecedores para conseguir una LM eficaz y duradera.

Determinar el grado de satisfacción del usuario proporciona información sobre aspectos que los usuarios consideran importantes, sin olvidar que los distintos grados de satisfacción pueden verse alterados según se cumplan o no las expectativas de las pacientes³³. Este estudio comparte resultados simi-

lares a los de otras investigaciones^{34,35}, lo que demuestra un grado de satisfacción alto con la información recibida sobre las intervenciones de promoción de la LM y los cuidados recibidos.

Por otra parte, este estudio presenta una limitación: el cuestionario no contempla conocimientos previos de LM adquiridos a través de talleres de preparación al parto o búsqueda de información. Este aspecto es importante en madres primíparas y en aquellas multiparas que amamantaron por primera vez en esta gestación, para poder valorar adecuadamente el impacto en la prevalencia de la LM en el momento del alta. Otro factor que se debe tener en cuenta es que, a pesar de seguir un protocolo de actuación que facilita su seguimiento al personal sanitario y conseguir una alta prevalencia de LM³⁶, no se debe olvidar que una atención individualizada también incrementa la probabilidad de conseguir una LM perdurable³⁷.

Conclusiones

En este estudio se observa una alta prevalencia de LM exclusiva en el momento del alta (90,8 %), siendo la LM previa un factor relacionado con la misma. Respecto al grado de satisfacción con la información percibida sobre la técnica de LM y los cuidados recibidos, siguiendo la guía de práctica clínica, fue alto.

Futuros estudios podrían realizar un seguimiento de neonatos nacidos en hospitales IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) y observar las tasas de LM a los 6 meses, 1 año y 2 años de vida, como sugieren la OMS y UNICEF²⁹, para poder identificar posibles factores que desfavorecen o favorecen una LM duradera y diseñar programas de apoyo a la LM que respondan a las necesidades de las madres y sus bebés.

Agradecimientos

Los/las autoras agradecen a las madres su participación en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO, UNICEF. Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes: global breastfeeding scorecard 2019. WHO reference number: WHO/NMH/NHD, 19.22. (Acceso 16/02/2021). Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2019/en/
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países 2016. (Acceso 16/02/2021). Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 5: CD003519.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016; 387: 475-90.
5. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015; 104(S467): 30-7.
6. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015; 104(467): 14-9.

7. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 96-113.
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 26-6-2018. (Acceso 16/02/2021). Disponible en: https://www.ine.es/ss/SatelliteL=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
9. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, Devlieger R. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2014; 10(2): 166-83.
10. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM, De Luna-Bertos E, García-Martínez O. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutr Hosp.* 2019; 36(4): 786-91.
11. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *J Pediatr.* 2018; 203: 190-6. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.08.008.
12. Christopher GC, Krell JK. Changing the breastfeeding conversation and our culture. *Breastfeed Med.* 2014; 9(2): 53-5. doi: 10.1089/bfm.2014.9994.
13. Murtagh L, Moulton AD. Working mothers, breastfeeding, and the law. *Am J Public Health.* 2011; 101(2): 217-23. doi: 10.2105/AJPH.2009.185280.
14. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Cañedo-Argüelles CA, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr.* 2018; 89(1): 32-43.
15. García García N, Fernández Gutiérrez P. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. *Metas Enferm.* 2018; 21(1): 50-8.
16. Registered Nurses' Association of Ontario. Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños. Guía de buenas prácticas clínicas. 3.ª ed. 2018. (Acceso 16/02/2021). Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf
17. Quiñoz-Gallardo MD, Rodríguez-Soberado P, González-María E, Albornos-Muñoz L, Gutiérrez-Martínez MM, Harillo-Acevedo D, et al. Satisfacción de madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y adherencia de los profesionales a las recomendaciones. Estudio multicéntrico. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94(10): 1-17.
18. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrana MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr.* 2013; 79(5): 312-8.
19. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit.* 2015; 29(1): 4-9.
20. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *J Pediatr.* 2018; 203: 190-6.e21.
21. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: a systematic review. *Women Birth.* 2019; 32: 303-9.
22. Ballesta-Castillejos A, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, Ortiz-Esquinas I, Hernández-Martínez A. Factors that influence mother's prenatal decision to breastfeed in Spain. *Int Breastfeed J.* 2020; 15(1): 97. (Acceso 16/02/2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5>
23. Gallegos-Pita J, Gómez-Besteiro MI, Valiño-Pazos C. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y visita puerperal en un centro de salud de Carral (A Coruña). *Matronas Prof.* 2017; 18(1): 8-16.
24. Cadwell K, Brimdyr K, Phillips R. Mapping, measuring, and analyzing the process of skin-to-skin contact and early breastfeeding in the first hour after birth. *Breastfeed Med.* 2018; 13(7): 485-92. doi: 10.1089/bfm.2018.0048.
25. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: keep mother and baby together- it's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014; 23(4): 211-7. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.211.
26. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 5(5): CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Actualización en: *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 11: CD003519.
27. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J.* 2018; 13: 32. doi: 10.1186/s13006-018-0174-9.
28. García May PK, Canul Euan AA. Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatol Reprod Hum.* 2017; 31(4): 197-201.
29. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative. 2018. ISBN 978-92-4-151380-7.
30. Huang X, Chen L, Zhang L. Effects of paternal skin-to-skin contact in newborns and fathers after cesarean delivery. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2019; 33(1): 68-73. doi: 10.1097/JPN.0000000000000384.
31. Clark A, Baker SS, McGirr K, Harris M. Breastfeeding peer support program increases breastfeeding duration rates among middle-to-high-income women. *Breastfeed Med.* 2018; 13(2): 112-5. doi: 10.1089/bfm.2017.0021.
32. Raposo de Aquino R, Osório MM. Relactation, transactation, and breast-oro gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. *J Hum Lact.* 2009; 25(4): 420-6. doi: 10.1177/0890334409341472.
33. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ.* 2019; 97(8): 563-9.
34. Barnes M, Cox J, Doyle B, Reed R. Evaluation of a practice-development initiative to improve breastfeeding rates. *J Perinat Educ.* 2010; 19(4): 17-23.
35. Bick D, Murrells T, Weavers A, Rose V, Wray J, Beake S. Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12: 41.
36. Kim SK, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud.* 2018; 80: 94-105. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004. Epub 2018 Jan 12. Fe de erratas en: *Int J Nurs Stud.* 2019; 89: 132-7.
37. Huang P, Yao J, Liu X, Luo B. Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(47): e17822. doi: 10.1097/MD.00000000000017822.

Papel de los hidratantes en la sequedad vaginal

Montserrat Fontboté

Medicina General

La sequedad vaginal se define por una **disminución de la hidratación en la mucosa de la vagina**. Es una condición que **afecta a las mujeres de cualquier edad**^{1,2}, pues la podemos observar hasta en un 57 % de las mujeres posmenopáusicas y en aproximadamente un 15 % de las premenopáusicas.

La lubricación natural, proveniente de la trasudación del plasma sanguíneo, mantiene la vagina flexible, húmeda y limpia, y su carácter ácido la protege de infecciones como la candidiasis³. Una disminución de la hidratación tiene un importante **impacto en la calidad de vida de las mujeres** debido a la incomodidad, picor, dolor, dispareunia y predisposición a infecciones urinarias, entre otros síntomas, que genera¹.

Existen diferentes **causas** que pueden originar sequedad vaginal, aunque casi siempre se deberá a una inflamación o atrofia vaginal consecuencia de una disminución de la producción de estrógenos en la menopausia; al uso de anticonceptivos hormonales, medicamentos anticolinérgicos o quimioterápicos; al posparto/lactancia; a afecciones inflamatorias o metabólicas, o a hábitos de vida poco saludables⁴.

Menopausia

Hasta **la mitad de las mujeres posmenopáusicas se ven afectadas por la sequedad vaginal** debido a los cambios en la regulación hormonal⁴. Los ovarios dejan de producir estrógenos y, como consecuencia, los tejidos y la vagina se vuelven más finos y menos elásticos³. A todo el conjunto de signos y síntomas que acompaña a esta disminución de estrógenos se le denomina **síndrome genitourinario de la menopausia** (SGM) –previamente denominado atrofia vulvogenital, vaginitis atrófica o atrofia urogenital– e incluye cambios en los labios mayores/menores, el clítoris, el vestíbulo, la vagina, la uretra y la vejiga⁵.

Para tratar los síntomas vaginales, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sitúa a los **hidratantes y lubricantes** vaginales como **primera línea terapéutica** ante una sintomatología leve o moderada o en pacientes que no deban, puedan o quieran tratamiento hormonal⁶.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres a nivel mundial, y las supervivientes se encuentran en un **alto riesgo de sufrir los síntomas de la menopausia** debido a la edad media de diagnóstico y al riesgo de desarrollar una menopausia prematura inducida por tratamiento⁷.

Además, debido a que la mayoría de los cánceres de mama expresan receptores de estrógenos y/o de progesterona y a la consecuente terapia endocrina adyuvante, es común observar **efectos urogenitales secundarios**. Uno de los síntomas más comunes es la **sequedad vaginal**, que se manifiesta hasta **casi en la mitad de las mujeres**⁸ acompañada de **dispareunia** y de **problemas de deseo sexual**.

Un **correcto asesoramiento sexual** puede ayudar a las mujeres, además de una **intervención temprana** con hidratantes y lubricantes, una opción que ha demostrado mejorar los resultados, pudiendo prevenir así la disfunción sexual⁹.

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos hormonales son un factor de riesgo de sequedad vaginal, ya que **la ingesta prolongada de anticonceptivos hormonales podría causar o predisponer a vaginitis atrófica y reducir la lubricación vaginal**¹⁰.

Se han realizado pocos estudios para tratar la sequedad vaginal en este clúster de mujeres, pero **el estriol vaginal y el hidratante con ácido hialurónico han mostrado reducir la dispareunia** y mejorar también la función sexual¹¹. El gel de estriol puede resultar más eficaz que el hidratante, pero hay que tener en cuenta que estas mujeres ya están tomando un tratamiento hormonal, por lo que será importante tener en cuenta sus preferencias.

Posparto

Tras el parto y durante la lactancia, la mujer presenta unos bajos niveles de estrógenos que causan alteraciones de hidratación y lubricación en la vagina, lo que le genera molestias como dolor, picor o quemazón¹². Por ello, la **disfunción sexual** es un problema que **afecta a un 40 a 80 % de las mujeres durante los primeros meses tras el parto**, siendo los principales causantes la **sequedad vaginal** y el **dolor perineal**.

Los **lubricantes/hidratantes** han demostrado mejorar significativamente la función sexual, incluyendo el deseo, la excitación, la satisfacción y el dolor¹².

No todos los hidratantes son iguales

Los hidratantes con ácido hialurónico son claves en el tratamiento de la sequedad vaginal en diferentes situaciones: mujeres posmenopáusicas, en tratamiento con anticonceptivos hormonales, en terapia oncológica, durante el posparto...

La MenoGuía indica que **los hidratantes con ácido hialurónico son especialmente beneficiosos**¹³.

HYDEAL-D® es una tecnología exclusiva y patentada de ácido hialurónico para tratar la sequedad vaginal:

- Hidratante, lubricante y cicatrizante.
- Fisiológico.
- No inmunógeno.
- Sin parabenos.

Peso molecular óptimo

Su bajo peso molecular¹⁴ favorece una interacción más profunda entre el ácido hialurónico y la mucosa vaginal, lo que le confiere una **mayor penetración y adhesión** a la mucosa vaginal.

Más resistente que el ácido hialurónico natural

La molécula patentada HYDEAL-D® es un derivado esterificado (en gel) del ácido hialurónico que tiene una **mayor resistencia**

Hidrafem[®]

Gel Hidratante Vaginal con Hydeal-D[®] 0,2%

INNOVACIÓN
SEQUEDAD
VAGINAL

SIN PARABENOS
COMPATIBLE CON PRESERVATIVOS



- **HYDEAL-D[®]**: más resistente que el ácido hialurónico natural.⁽¹⁾
- Adhesión óptima a la mucosa vaginal.⁽²⁾
- Alta capacidad de hidratación⁽²⁾ con larga duración de acción.⁽¹⁾
- Para todas las mujeres con sequedad vaginal.

El único producto con HYDEAL-D[®], una tecnología exclusiva y patentada de ácido hialurónico para tratar la sequedad vaginal

Para todas las mujeres con sequedad vaginal



1. Campoccia D, et al. Semisynthetic resorbable materials from hyaluronan esterification. *Biomaterials* 1998;19(23):2101-27

2. Instrucciones de Uso de Hidrafem. Septiembre 2019

Cumple con la normativa de productos sanitarios.



*HYDEAL-D® cuenta con un
amplio desarrollo clínico que
avala su eficacia y seguridad,
incluyendo 5 estudios
propios y 418 pacientes*

a la **degradación enzimática** que su forma natural. Esta resistencia aumenta su permanencia en los tejidos y, por lo tanto, **prolonga su duración de acción**¹⁵.

Este efecto prolongado permite eficacia con tan solo **2 aplicaciones semanales** y su uso como **hidrante y lubricante**.

Eficaz en distintos perfiles de pacientes

- Hidrafem® tiene una **eficacia similar a la de los estrógenos tópicos** (estriol). En un estudio¹⁶ aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en el que se comparaba Hidrafem® (HYDEAL-D®) frente a estriol vaginal (0,1 %) (n= 144 pacientes), se observó una mejora en la sequedad vaginal, picor, ardor y dispareunia en mujeres posmenopáusicas, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
- En un estudio aleatorizado de 57 pacientes supervivientes de **cáncer de mama**¹⁷ tratadas con inhibidores de la aromatasa, HYDEAL-D® ha demostrado mejorar la sequedad vaginal, así como prevenir el deterioro de la función sexual.
- En un estudio observacional¹¹ de 31 mujeres (edad media de 31 años) en tratamiento con **anticonceptivos orales hormonales**, HYDEAL-D® consiguió reducir el dolor y mejorar la lubricación y la función vaginal.
- En un estudio aleatorizado controlado con placebo de 85 mujeres **puérperas**¹², HYDEAL-D® mejoró las puntuaciones del índice de función sexual a corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Goncharenko V, Bubnov R, Polivka J, Zubor P, Biringer K, Bielik T, et al. Vaginal dryness: individualised patient profiles, risks and mitigating measures. EPMA J. 2019; 10(1): 73-9. doi: 10.1007/s13167-019-00164-3.
- Potter N, Panay N. Vaginal lubricants and moisturizers: a review into use, efficacy, and safety. Climacteric. 2021; 24(1): 19-24. doi: 10.1080/13697137.2020.1820478.
- Vaginal dryness. Women's Heal concern. Disponible en: <https://www.womens-health-concern.org/wp-content/uploads/2020/12/25-WHC-FACTSHEET-VaginalDryness-DEC2020.pdf>
- Wilhite M. Vaginal dryness. Fourth Ed. Elsevier Inc., 2018. doi: 10.1016/B978-0-323-35868-2.00059-1.
- Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. Maturitas. 2014; 79(3): 349-54. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.07.013.
- Palacios S, Hidalgo MJC, González SP, Manubens M, Sánchez-Borrego R. Genitourinary syndrome of menopause: recommendations from the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology. Progresos Obstet y Ginecol. 2019; 62(2): 141-8. doi: 10.20960/j.pog.00182.
- Ganz PA. Menopause and breast cancer: symptoms, late effects, and their management. Semin Oncol. 2001; 28(3): 274-83. doi: 10.1053/sonc.2001.23493.
- Chin SN, Trinkaus M, Simmons C, Flynn C, Dranitsaris G, Bolivar R, et al. Prevalence and severity of urogenital symptoms in postmenopausal women receiving endocrine therapy for breast cancer. Clin Breast Cancer. 2009; 9(2): 108-17. doi: 10.3816/CBC.2009.n.020.
- Advani P, Brewster AM, Baum GP, Schover LR. A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. J Cancer Surviv. 2017; 11(4): 477-85. doi: 10.1007/s11764-017-0606-3.
- Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. Contraception. 2006; 74(3): 220-3. doi: 10.1016/j.contraception.2006.03.022.
- Serati M, Bogani G, Di Dedda MC, Braghiroli A, Uccella S, Cromi A, et al. A comparison between vaginal estrogen and vaginal hyaluronic for the treatment of dyspareunia in women using hormonal contraceptive. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015; 191: 48-50. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.05.026.
- Gustavino C, Sala P, Cusini N, Gravina B, Ronzini C, Marcolin D, et al. Efficacy and safety of prolonged-release hyaluronic acid derivative vaginal application in the postpartum period: a prospective randomised clinical trial. Ann Med. 2021; 53(1): 1589-97. doi: 10.1080/07853890.2021.1974083.
- Baquedano L, Sánchez S. Síndrome genitourinario de la menopausia. MenoGuía AEEM. Published 2020. Accessed April 22, 2022. Disponible en: https://editorial.ugr.es/libro/sindrome-genitourinario-de-la-menopausia_137432/
- Dusio GF, Cardani D, Zanolbio L, Mantovani M, Luchini P, Battini L, et al. Stimulation of TLRs by LMW-HA induces self-defense mechanisms in vaginal epithelium. Immunol Cell Biol. 2011; 89(5): 630-9. doi: 10.1038/ICB.2010.140.
- Campoccia D, Doherty P, Radice M, Brun P, Abatangelo G, Williams DF. Semisynthetic resorbable materials from hyaluronan esterification. Biomaterials. 1998; 19(23): 2101-27. doi: 10.1016/S0142-9612(98)00042-8.
- Chen J, Geng L, Song X, Li H, Giordan N, Liao Q. Evaluation of the efficacy and safety of hyaluronic acid vaginal gel to ease vaginal dryness: a multicenter, randomized, controlled, open-label, parallel-group, clinical trial. J Sex Med. 2013; 10(6): 1575-84. doi: 10.1111/jsm.12125.
- Carter J, Baser RE, Goldfrank DJ, Seidel B, Milli L, Stabile C, et al. A single-arm, prospective trial investigating the effectiveness of a non-hormonal vaginal moisturizer containing hyaluronic acid in postmenopausal cancer survivors. Support Care Cancer. 2021; 29(1): 311-22. doi: 10.1007/s00520-020-05472-3.

Experiencias de mujeres infectadas con COVID-19 durante el embarazo

Experiences of women infected with COVID-19 during pregnancy

José Iglesias-Moya¹, Manuel Linares-Abad²

¹Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Centro de Salud Purísima Concepción La Carolina. Jaén.

²Profesor titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén

RESUMEN

Objetivo: Conocer las experiencias vividas de mujeres gestantes ante el diagnóstico de la enfermedad COVID-19.

Material y métodos: Estudio cualitativo fenomenológico. Se realizaron 6 entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas y puerperas que sufrieron COVID-19 durante la evolución de su embarazo. El acceso a las 6 participantes se realizó por medio de la consulta de la matrona, en sus centros sanitarios de referencia. Se aplicó un análisis de contenido.

Resultados: Se detectan cinco emociones relacionadas con la infección por COVID-19, en el embarazo y puerperio: miedo, ansiedad, soledad, culpabilidad y tristeza. El seguimiento profesional a las embarazadas durante la cuarentena en la mayor parte de los casos no se realiza siguiendo los protocolos establecidos. El apoyo recibido por las mujeres se sustenta en dos pilares: uno ejecutivo, realizado por la pareja y/o familia, y otro el medio, por el que reciben el apoyo tanto profesional como familiar, donde el teléfono y las redes sociales han sido cruciales. En la mayoría de los casos se demanda más información sobre la enfermedad y sus efectos en el embarazo.

Conclusiones: La infección por COVID-19 en el embarazo originó en la muestra del estudio una serie de sentimientos negativos que se vieron potenciados por el efecto del aislamiento y la falta de información y de apoyo sanitario.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: COVID-19, embarazo, emociones, necesidades.

SUMMARY

Objective: To know the lived experiences of pregnant women before the diagnosis of the COVID-19 disease.

Material and methods: Qualitative phenomenological study. 6 in-depth interviews were conducted with pregnant and postpartum women who suffered from COVID-19 during the evolution of their pregnancy. Access to the 6 participants was made through the midwife's consultation, in their reference health centers. A content analysis was applied.

Results: Five emotions related to COVID-19 infection are detected, in pregnancy and postpartum: fear, anxiety, loneliness, guilt and sadness. Professional follow-up of pregnant women during quarantine in most cases is not carried out following established protocols. The support received by women is based on two pillars: one executive carried out by the couple and/or family and the other the means by which they receive both professional and family support, where the telephone and social networks have been crucial. In most cases, more information about the disease and its effects on pregnancy is required.

Conclusions: COVID-19 infection in pregnancy caused a series of negative feelings in the study sample that were enhanced by the effect of isolation, lack of information and health support.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: COVID-19, pregnancy, emotions, needs.

Introducción

Actualmente estamos viviendo una situación sanitaria sin precedentes producida por un tipo de coronavirus (SARS-CoV-2) identificado por primera vez en la ciudad de Wuhan (China) en diciembre de 2019. Este avanzó de manera drástica por todo el mundo, siendo declarado como pandemia en enero de 2020¹.

Este virus produce la enfermedad conocida como COVID-19, que provoca una serie de alteraciones en la salud de la persona que la padece, que van desde el paciente asintomático hasta producir complicaciones, sobre todo a nivel respiratorio, que pueden provocar la muerte.

Sabemos que la infección se transmite de persona a persona cuando se mantiene un contacto estrecho, menos de dos metros, por medio de gotas de Flügge y aerosoles, aunque también existe la posibilidad de contagiarse a través de elementos contaminados por las secreciones de contagiados. La enfermedad tiene un periodo de incubación de entre dos y catorce días^{2,3}.

En el primer trimestre de 2022, los datos epidemiológicos arrojan resultados de 470 737 068 casos confirmados a nivel mundial, 11 324 637 casos a nivel nacional y 112 185 casos en la provincia de Jaén. Desde el inicio de la pandemia, el número de casos confirmados con pruebas diagnósticas de infección

El estudio no ha sido financiado. Los autores manifiestan no tener conflicto de intereses. El artículo no ha sido presentado como comunicación oral o póster en ningún congreso, ni ha sido publicado en una tesis doctoral.

Fecha de recepción: 13/10/2021. **Fecha de aceptación:** 5/4/2022.

Correspondencia: José Iglesias-Moya. Centro de Salud Purísima Concepción. C/Dr. Fleming, 5. 23200 La Carolina. Jaén.

Correo electrónico: jose.iglesias.sspa@juntadeandalucia.es

activa para COVID-19 en mujeres con edades comprendidas entre los 12 y los 49 años en el distrito sanitario de Jaén Norte fue de 8659 casos^{4,5}.

A fecha de 30/12/2021, cuando se diagnostica a una persona como enferma por COVID-19, se decreta el aislamiento domiciliario como medida para evitar el contagio de nuevas personas. El aislamiento se mantiene durante un periodo de 7 días desde el inicio de los síntomas y, siempre que no presente síntomas, tres días anteriores al alta. En caso de personas que cursen con la enfermedad de manera asintomática, las medidas de aislamiento se mantienen durante 7 días desde el diagnóstico⁶. Centrándonos en el protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad español, con fecha 17/06/2020, se indica que el paciente debe permanecer en una habitación individual o en una zona que permita una distancia mínima de dos metros con el resto de los convivientes; en caso obligado de uso de zonas comunes, deberá utilizar mascarilla quirúrgica y realizar higiene de manos con agua y jabón o preparados de base alcohólica al salir y al entrar de la habitación. También se recomienda el uso de baño individual; si no es posible, ha de lavarse con lejía tras su uso. En este protocolo se refleja que, debido a la posibilidad de aparición de complicaciones en los primeros días tras el inicio de la enfermedad, es necesario realizar un seguimiento a la persona, preferiblemente telefónico, durante las 24, 48 y 96 horas tras la primera toma de contacto con el servicio sanitario⁷, aunque en el protocolo del 30/12/2021 este seguimiento se limita a personas vulnerables⁶ y en el del 23/03/2022 no se hace mención específica al mismo⁸.

Se ha incluido como uno de los principales grupos de riesgo para sufrir complicaciones por COVID-19 a la población gestante; esto se debe a la existencia de una menor adaptación a estados de hipoxia, facilitada por alteraciones fisiológicas durante la gestación, un cuadro que puede verse agravado ante la presencia de estados infecciosos^{9,10}. Es por ello que se recomienda fuertemente la vacunación a todas las embarazadas, independientemente del trimestre de gestación en que se encuentren, con vacunas de ARNm¹¹.

A sabiendas de los cambios propios del embarazo, de que esta población se considera como de riesgo por la aparición de procesos trombóticos, y de tener la certeza de que la COVID-19 provoca alteraciones en la coagulación, se ha establecido como protocolo la administración de heparina de bajo peso molecular con dosis ajustada al peso para prevenir complicaciones en las embarazadas⁷. En un estudio realizado en tres hospitales de Barcelona se evidenció la asociación de la COVID-19 con un incremento de la incidencia de parto prematuro y sufrimiento fetal intraparto¹². Actualmente no hay estudios que evidencien que la enfermedad produzca alteraciones congénitas^{9,13}.

Centrándonos en el estado de ánimo de la mujer embarazada, sabemos que la depresión afecta al 13 % de las gestantes¹⁴ y la ansiedad hasta al 54 %¹⁵. La actual situación sanitaria de pandemia provoca un incremento del estrés en la gestante que podría contribuir a fomentar e incrementar estas complicaciones¹⁶.

Un estudio que analizaba cómo experimentan las mujeres embarazadas el diagnóstico de la enfermedad y cómo afrontan la situación de aislamiento domiciliario, pone de manifiesto que al inicio de la pandemia, y debido a la desinformación, las gestantes con diagnóstico de la enfermedad mostraban unos ni-

veles de ansiedad y depresión altos, los cuales fueron reduciéndose conforme se incrementaba la información sobre la enfermedad, tanto por parte de los sanitarios como por redes sociales¹⁷.

Otra investigación pone de manifiesto un incremento relativamente significativo de los niveles de ansiedad y depresión en las embarazadas en comparación con datos previos a la pandemia, y establece como posible relación causal la preocupación de cómo afecta la enfermedad al binomio madre-feto, el aislamiento y la falta de atención profesional¹⁸.

En la misma línea de la investigación anterior encontramos otros estudios cuyas conclusiones principales relacionan la pandemia con el incremento de los niveles de ansiedad y depresión en gestantes¹⁹⁻²².

La medida de aislamiento a pacientes de COVID-19 también se ha asociado con efectos negativos en la atención a la embarazada. Un estudio expone que la atención sanitaria y el apoyo social a las mismas se redujeron debido a esa medida²³.

El apoyo durante el embarazo resulta esencial para prevenir situaciones de depresión. Ante la indicación de aislamiento en casos de gestantes enfermas por COVID-19, se ha planteado el uso de algunas alternativas, como las videoconferencias o la telemedicina^{24,25}.

Resulta de vital importancia la información adecuada y veraz a estas mujeres sobre la enfermedad, pues el desconocimiento de la misma incrementa las situaciones estresantes que pueden conducir a alteraciones depresivas y de ansiedad²⁶.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es importante conocer a través de los discursos de mujeres que fueron diagnosticadas de la enfermedad durante su estado gestacional cuáles fueron sus experiencias ante el diagnóstico de la misma.

Objetivo general

Conocer las experiencias vividas de mujeres gestantes ante el diagnóstico de la enfermedad COVID-19.

Objetivos específicos

Explorar los estados de ánimo, identificando los factores estresantes que pudieran ocasionar alteraciones en el estado de salud para así poder actuar y paliar los efectos de los mismos.

Analizar cómo percibieron la atención sanitaria las mujeres infectadas con COVID-19 durante el embarazo con el objetivo de poder mejorar aquellos aspectos que resulten deficitarios en la prestación sanitaria.

Conocer cuáles fueron las necesidades de apoyo tanto a nivel familiar como social con el fin de poder facilitarles los recursos necesarios para satisfacerlas.

Metodología

Diseño

Realización de un estudio cualitativo fenomenológico descriptivo con análisis de contenido. Se aplicó un muestreo intencional con el objetivo de seleccionar a aquellas mujeres que durante su embarazo padecieron la infección por COVID-19.

Emplazamiento

Estudio desarrollado en centros de salud urbanos de dos localidades de Jaén (La Carolina y Santisteban del Puerto), y llevado a cabo durante el periodo 2020-2021.

Participantes

Mujeres que padecieron COVID-19. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: haber padecido la COVID-19 durante la gestación y presentar una gestación de bajo riesgo. Como criterios de exclusión se incluyeron: no aceptar participar en el estudio y problemas mentales que impidían realizar la entrevista en profundidad. Se revisaron las historias clínicas de mujeres embarazadas desde septiembre de 2020 hasta el 15 de mayo de 2021 en busca de aquellas que padecieron la COVID-19, con el fin de proponerles participar en el estudio y realizarles la entrevista. El acceso a las participantes en ambos centros sanitarios se realizó por medio de la consulta de la enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona). Finalmente se incluyó a un total de seis informantes, que permitieron saturar las cuatro categorías de análisis que planteamos.

Variables

Basándonos en el estado de la cuestión y los objetivos que nos planteamos en nuestra investigación, establecimos cuatro categorías de análisis: emociones surgidas durante el aislamiento, percepciones sobre el seguimiento sanitario, necesidades de apoyo social e información recibida sobre la enfermedad en el embarazo.

Recogida de datos

La obtención de los datos se realizó en la consulta de la matrona mediante entrevista semiestructurada individual y presencial con las informantes. Durante la misma se elaboraron memos con el fin de ayudar a nuestras futuras reflexiones analíticas. La entrevista se elaboró y perfiló basándose en el estado actual de la cuestión y de tal manera que nos proporcionase información para cubrir los objetivos del presente estudio. De acuerdo con ello, el protocolo de entrevista queda dividido en cinco categorías temáticas: datos sociodemográficos; embarazo actual; sentimientos y estado de ánimo relacionados con la COVID-19; conocimientos; apoyo recibido durante el aislamiento. En primer lugar se utilizaron preguntas introductorias y después las de mayor carga emocional.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, previo consentimiento de las informantes. Se trianguló la información con el tutor del presente estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) y el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIM) de la provincia de Jaén, con código interno de registro 0725-N-21, y se ha realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se trataron conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos fueron custodiados por el investigador principal y almacenados en ordenadores cifrados bajo contraseña que solo conocen los investigadores del proyecto. Los datos del estudio fueron anonimizados.

Todas las participantes fueron voluntarias, otorgando en un primer momento el consentimiento informado y la descripción

del estudio. En todo momento se mantuvo el anonimato de las participantes.

Análisis de los datos

En primer lugar, todas las grabaciones se transcribieron y luego se realizó una descripción objetiva, de forma sistemática y cuantitativa del contenido. Posteriormente, en una etapa preanalítica, se procedió a la generación de ideas sobre lo que las participantes habían expresado, para seguir con una categorización de primer nivel, identificando, categorizando y asignando códigos a las unidades de significado. En el siguiente nivel, describimos las categorías y realizamos una codificación de segundo nivel con el fin de agrupar las categorías para formar temas. Para finalizar, se procedió a una fase sintética del contenido a nivel sintáctico, semántico y pragmático con el fin de establecer una hipótesis que explique el fenómeno. Como soporte para la codificación se utilizó el programa informático Nvivo 12.

La codificación fue realizada por el investigador principal y los datos triangulados con el tutor del proyecto. Los resultados se acompañan de verbatims identificados por caso.

Resultados

Participaron seis informantes, cuyo perfil se describe en la tabla 1.

La edad media de las participantes fue de 31,16 años. El 83,4 % (n= 5) convivían en pareja en el momento del diagnóstico de la enfermedad además de ser primigestas. En el momento de la entrevista, el 33,33 % de las participantes estaban embarazadas (n= 2) y 66,67 % eran puerperas (n= 4). El 49,98 % poseían estudios superiores, el 16,66 % estudios medios y el 33,33 % estudios primarios.

Uno de los objetivos que perseguíamos en este estudio fue conocer los estados de ánimo de las mujeres durante la cuarentena domiciliaria con el fin de identificar factores estresantes sobre los que podríamos actuar en futuros casos. El principal descubrimiento fue que existe una variedad de sentimientos y emociones producidas durante el aislamiento. Encontramos de manera recurrente que en todas las informantes surgieron sentimientos de miedo, producidos principalmente por las posibles consecuencias de la enfermedad en el embarazo; en tres de ellas aparecieron sentimientos de ansiedad relacionada con el miedo y el aislamiento domiciliario. Otro sentimiento que se asocia directamente al aislamiento es la soledad. Aparecieron sentimientos de culpabilidad, asociados al hecho de haberse contagiado, y tristeza, producidos por el pensamiento recurrente de las consecuencias que traería al embarazo (verbatims respectivos en la tabla 2).

El segundo objetivo planteado fue conocer la percepción por parte de las informantes de la atención sanitaria recibida durante la cuarentena, con la finalidad de poder mejorar aquellos aspectos que resulten deficitarios en la prestación. En este punto hallamos que solo dos participantes se encontraron bien atendidas y consideraron que su seguimiento fue adecuado (casos 1 y 3). Respecto al número de llamadas recibidas, otras participantes manifestaron que el seguimiento fue incompleto (casos 4, 5 y 6); en el resto de los casos el seguimiento se realizó tarde, en ocasiones al finalizar la cuarentena (caso 6) o no se realizó (caso 2). En la tabla 3 se muestran los verbatims sobre las percepciones de la atención telefónica sanitaria recibida.

Tabla 1. Perfil de las participantes

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad	27 años	27 años	32 años	35 años	33 años	33 años
Nacionalidad	Española	Española	Española	Española	Española	Española
Estudios	Medios	Superiores	Primarios	Primarios	Superiores	Superiores
Profesión	Cajera	Educadora social	Operadora telefónica	Operadora de fábrica	Contable	Dependiente
Estado gestacional	Puérpera	Puérpera	Puérpera	Embarazada	Embarazada	Puérpera
Convivencia durante el aislamiento	Pareja	Pareja	Pareja	Pareja e hijo	Pareja	Pareja
Gravidez	Primer embarazo	Primer embarazo	Primer embarazo	Segundo embarazo	Primer embarazo	Segundo embarazo
Tiempo entre experiencia y entrevista	4 meses	3 meses	3,5 meses	1 mes	2 meses	3 meses
Trimestre de embarazo en el momento de la infección	Tercer trimestre	Tercer trimestre	Tercer trimestre	Segundo trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre

Tabla 2. Verbatims sobre emociones

Miedo	
Caso 1	[...] estaba asustada, por mi familia y por mi bebé.
Caso 2	[...] en mi hija, que le podía pasar algo, al estar embarazada tenía miedo.
Caso 3	[...] preocupación por el niño, que le pudiera pasar algo.
Caso 4	[...] dándole vueltas sobre las consecuencias en el embarazo.
Caso 5	[...] en lo que podría afectarle a mi bebé, fue lo primero que se me pasó por la cabeza.
Caso 6	[...] preocupación y miedo por el embarazo.
Ansiedad	
Caso 1	[...] esos días después de enterarme le daba muchas vueltas a la cabeza, pensando.
Caso 3	[...] estuve 10 días malísima encerrada en un dormitorio sin poder salir agobiada por no hacer nada.
Caso 6	[...] la parte psicológica yo lo pasé muy mal, pensaba que perdía al bebé, que como acabase en una UVI pierdo al bebé, era el pensamiento todo el rato, además como ya he tenido un aborto [...] Tenía mucho estrés, una vez me faltaba el aire, yo sabía que era ansiedad.
Soledad	
Caso 3	Estar sola en una habitación de 10 metros, en una habitación tan pequeña que no podía ni andar.
Caso 5	El encontrarnos solos, como he dicho anteriormente, en ese momento vivíamos en Madrid y no teníamos a nadie, muchas veces pensaba que como nos pusiésemos peor, quién nos iba a ayudar [...].
Culpabilidad	
Caso 1	[...] Me sentí culpable y tuve miedo por lo que le pasaría a mi bebé.
Tristeza	
Caso 4	Me encontraba triste porque pensaba que le pasaría algo al bebé.

Tabla 3. Verbatims sobre percepciones acerca de la atención telefónica

Caso 1	No mejoraría nada.
Caso 2	Como no hubo seguimiento, habría que mejorarlo todo, porque era como si yo no existiera o no tuviese la COVID, era como un número más.
Caso 3	Del seguimiento telefónico no mejoraría nada porque estuvo muy pendiente todo el rato. No mejoraría nada.
Caso 4	Como me pilló en vacaciones de Semana Santa, antes y después si me llamaban, pero entre medias no, podían haber seguido, pero claro también hubo un brote muy grande en mi pueblo y donde trabajo, y entonces tenían ya un colapso de gente.
Caso 5	Del seguimiento telefónico lo que mejoraría es un mayor número de llamadas.
Caso 6	Del seguimiento mejoraría más atención, más personalizada, porque no es lo mismo un ciudadano normal que una embarazada, a mí me llamaron a los diez días para ver si tenía síntomas, y yo me sentí desamparada.

Como tercer objetivo se planteó conocer cuáles fueron las necesidades de apoyo tanto a nivel familiar como social, con el fin de poder facilitar a las gestantes los recursos necesarios para satisfacerlas. En este punto encontramos que todas las participantes recibieron apoyo de su pareja y familia, brindado principalmente por las tecnologías, teléfonos y redes sociales. Además, pudimos observar que en la totalidad de los casos la pareja permanece en la misma casa, bien por ser considerada contacto estrecho o por ser también positiva. En la tabla 4 puede apreciarse el discurso de las participantes sobre los elementos fundamentales de apoyo y las herramientas que utilizaron para comunicarse durante el aislamiento.

Tras analizar en detalle todas las entrevistas, se detecta una constante mantenida por cuatro de las seis participantes: la falta de información que existe sobre los efectos de la COVID-19 en el embarazo. Solo una de ellas no quería saber nada más

Tabla 4. Verbatims sobre apoyo en la cuarentena

Caso 1	Lo pasé sola y acompañada. Mi pareja estaba en una habitación y yo en otra, yo comía en mi habitación. Usaba el móvil, sí, me ha ayudado porque así hablaba con mi familia y amigos.
Caso 2	Mi familia y amigos, y mi marido me tranquilizaban. Me llamaban, me preguntaban cómo estaba, intentaban tranquilizarme. Me decían que ya mismo me iba a encontrar bien, que no me preocupara, que no le iba a pasar nada a mi nena. Y mi amiga me daba medicación, me daba remedios, me ayudaba.
Caso 3	Mi marido, mis padres, me llamaban, me preguntaban, me contaban su vida. Eso te da alegría.
Caso 4	Él, mi marido. Me decía que no me preocupara que saldría todo bien.
Caso 5	Mi marido y yo nos dábamos ánimos mutuamente, y por supuesto nuestros familiares y amigos, que nos llamaban todos los días para ver cómo nos encontrábamos.
Caso 6	Mi familia, sobre todo mis padres. Me decían que yo era muy fuerte y que de peores hemos salido, que para adelante. Usaba el teléfono, las videollamadas, el WhatsApp, sobre todo videollamadas por WhatsApp. Sí, me han ayudado, hablas con las personas de otros temas, desvinculas un poco tu mente.

(caso 1), y la otra informante (caso 4) mostró ambivalencia entre opinar que tenía suficiente información y buscar información en Google sobre los efectos de la enfermedad en el embarazo cuando le dieron el diagnóstico; algunos ejemplos se muestran en la tabla 5.

Discusión

En este trabajo hemos analizado las experiencias de seis gestantes que se infectaron por COVID-19, para lo cual seguimos un protocolo de entrevista que nos permitió conocer las necesidades de apoyo emocional, sanitario y social que requirieron las informantes. Iniciamos el estudio sabedores de que la actual pandemia había influido en el estado mental de las gestantes, produciendo principalmente sentimientos de ansiedad y depresión¹⁹⁻²¹. Nuestros hallazgos relativos a los cambios emocionales de las gestantes que sufren COVID-19 son similares a los de otro estudio realizado en Turquía con una muestra de 15 mujeres embarazadas, donde predominan el miedo y la ansiedad ante los posibles efectos sobre el embarazo y el miedo a lo desconocido²⁷. Coincidimos con otros autores en cuanto a la aparición y la causa de sentimientos de culpabilidad generados por el hecho de contagiarse. En lo relativo al sentimiento de tristeza, otra investigación realizada en Brasil con 22 participantes considera que el origen del mismo no es el hecho de haberse contagiado, como apuntan los resultados de nuestro estudio, sino la necesidad de aislamiento domiciliario²⁸. Sería apropiado indagar sobre el origen de dicho sentimiento para poder focalizar los esfuerzos de atención en la causa y poder solucionar el problema. En cuanto al sentimiento de soledad, también coincidió con el resultado de otro estudio realizado en Reino Unido con 31 participantes²⁹: todas ellas afirman sentirse aisladas o solas, emoción que aparece durante el devenir del aislamiento domiciliario.

Tabla 5. Verbatims sobre información

Caso 1	No, no tenía, solo sabía lo que decía la televisión. Pienso que con esa información me bastaba, no quería saber más.
Caso 2	Claro, claro que sí, nunca está de más tener más información. Porque mi médico no me llamó ningún día, solo me llamó para darme el alta y la baja.
Caso 3	Pues sobre todo del embarazo, más que nada que hubieran sacado más información sobre si en las embarazadas pasa o no algo, te tienes que pinchar heparina, no te tienes que pinchar, que informen mejor.
Caso 4	Me metí en Google para ver lo que pasaba con las mujeres embarazadas.
Caso 5	No tenía información sobre el embarazo y la enfermedad.
Caso 6	En el embarazo no. Por eso yo estaba tan nerviosa, sí se me dijo que no había estudios, que no había un traspaso vertical, pero hasta hoy. Tampoco nada claro, no hay estudios, pero no te pueden decir nada a ciencia cierta.

Centrándonos en los resultados obtenidos sobre el seguimiento sanitario telefónico realizado durante el aislamiento domiciliario, este estudio mostró que la mayor parte de las mujeres valoraban el servicio como insuficiente para cubrir sus expectativas. En lo relativo al número de llamadas, este estudio dista de los resultados de otros dos: uno realizado en Chile, con una muestra de 39 participantes que consideraron el servicio bueno o muy bueno³⁰, y otro llevado a cabo en Brasil, donde las mujeres refirieron que les proporcionó sensación de seguridad²⁸. En este punto consideramos que sería necesario realizar futuros estudios con una muestra mayor para poder concluir si se mantiene la constante de una mala percepción del servicio, con el fin de adaptar el protocolo a las demandas de la población, por ejemplo, incrementando el número de llamadas, y además poder identificar nuevos puntos débiles.

Un estudio realizado en Colombia con una muestra de 946 mujeres a las que se encuestó puso de manifiesto la necesidad de proporcionar información veraz de la enfermedad a las embarazadas con el fin de evitar situaciones estresantes causadas por el desconocimiento²⁶. Otro estudio realizado en Singapur con 324 mujeres que analizaba las emociones de gestantes durante la pandemia, concluye que la falta de información sobre la enfermedad en el embarazo genera estados emocionales que perjudican a las mismas³¹; esto se corresponde con nuestra afirmación de que la falta de información junto con la sensación de verse desatendidas por parte del servicio sanitario en una situación de enfermedad novedosa y de la que aún poco se sabe, a lo que se añade el factor de aislamiento, facilita la aparición de sentimientos negativos que pueden convertirse en una amenaza para la salud de la gestante. En este punto coincidimos con otra investigación realizada en Bélgica con 6470 mujeres en nuestra afirmación de que la pandemia ha evidenciado una falta de información proporcionada durante el embarazo²³, y con las afirmaciones de otros autores sobre la necesidad de uso de la telemedicina para proporcionar apoyo durante la cuarentena^{24,25}.

Según nuestros resultados, las necesidades de apoyo social durante la cuarentena fueron satisfechas por el cónyuge y/o la familia; el mismo fue facilitado en la mayoría de los casos por

las redes sociales y el teléfono. Podríamos afirmar que la familia y los amigos facilitaron una vía de escape de sentimientos negativos desarrollados durante la cuarentena; en esta conclusión coincidimos parcialmente con el estudio de Brasil²⁸, en el que además se afirma que en ocasiones la familia también genera situaciones de tensión. El uso adecuado de las redes sociales e internet parece ser un factor protector de la salud, convirtiéndose en una herramienta de apoyo para la salud³². Estos recursos ya se habían estudiado anteriormente como herramientas de soporte en embarazadas, y se concluyó que facilitaban la reducción del estrés al conseguir información que permitía paliar sus inquietudes³³.

Por tanto, hemos obtenido diferencias en nuestro estudio comparado con otros anteriormente realizados sobre todo en la categoría de seguimiento telefónico; las demás categorías siguen la misma tónica que otras investigaciones.

Como limitaciones de este estudio hay que comentar que es posible que, debido a la actual situación de pandemia y a las recomendaciones sobre distanciamiento social y uso de mascarilla, las entrevistas con las informantes hayan podido verse sesgadas en cuanto a la recolección de información, al perder valiosos datos de la comunicación no verbal como son los proporcionados por la kinésica, proxémica y táctica.

Entendemos que el resultado de la infección en la etapa de embarazo junto a la inexactitud de las informantes por el paso del tiempo pueden variar los discursos de las participantes, fundamentalmente en púerperas. Consideramos como posible limitación no haber entrevistado una muestra mayor de mujeres multíparas y de embarazadas que no convivían en pareja.

Al ser un estudio cualitativo, existen limitaciones propias de este tipo de análisis, como la imposibilidad de generalizar los resultados de nuestra investigación, que solo serían aplicables a otra población con atributos semejantes. Además, consideramos que la credibilidad del estudio se encuentra limitada por el hecho de no haber realizado una triangulación de datos, habiéndose usado la entrevista solo como método de recogida de datos, si bien tratamos de compensarlo con la triangulación mediante investigadores.

Conclusiones

La infección por COVID-19 en gestantes incentiva la aparición de sentimientos y emociones de índole negativa, los cuales pueden verse magnificados por la necesidad de aislamiento domiciliario, el cual facilita la percepción de soledad. El origen de estos sentimientos tiene una base común, que es el miedo a lo desconocido y la poca información sobre la enfermedad en el embarazo. En este estudio se ha evidenciado por parte de la mayoría de las informantes una percepción manifiesta de falta de apoyo y de información procedente de los/las profesionales de la salud, hecho que incrementa la generación de sentimientos y emociones negativos. Las necesidades de apoyo familiar y social quedan cubiertas con el uso de las nuevas tecnologías.

A fecha de 21/03/2022, el seguimiento a embarazadas infectadas por COVID-19 se basa en el protocolo anteriormente descrito y en controles de atención especializada dependiendo de la gravedad de la clínica. Es por ello que a la luz de nuestros resultados se evidencia la necesidad de invertir esfuerzos en el desarrollo de un protocolo de identificación de gestantes infec-

tadas por COVID-19 desde la consulta de la matrona, con el fin de contactar con ellas desde el inicio de su diagnóstico, facilitándoles toda la información y evidencia disponible de la enfermedad y pactando con ellas nuevas consultas telefónicas hasta el momento del alta.

Como nueva línea de investigación se plantea la realización de un nuevo estudio con una muestra mayor de informantes para conocer la percepción sobre la atención telefónica sanitaria recibida. Si se mantienen los resultados obtenidos por nuestra investigación, planteamos realizar un estudio cualitativo de acción participativa con el objetivo de identificar con las participantes los déficits de la atención sanitaria y plantear soluciones.

Agradecimientos

Damos las gracias a todas las participantes, que con sus experiencias nos han permitido mejorar la comprensión sobre los efectos de esta enfermedad, así como identificar situaciones de mejora en nuestro ámbito profesional.

Al tutor de este proyecto, cuya colaboración y orientaciones nos han permitido completar este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caparros-González RA. Maternal and neonatal consequences of coronavirus COVID-19 infection during pregnancy: a scoping review. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: e202004033.
2. Vigil de Gracia P, Caballero LC, Ng Chinkee J, Luo C, Sánchez J, Quintero A, et al. COVID-19 y embarazo. Revisión y actualización. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020; 66(2).
3. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Poult Durades TM, Vaillant Lora LD. COVID-19 y embarazo: una aproximación en tiempos de pandemia. *Medisan*. 2020; 24(4): 707-27.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Situación actual Coronavirus. 2022 [consultado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
5. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Informe covid-19 en Andalucía. 2022 [consultado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/salud/static/resultadosProvincialesCovid.html?prov=23>
6. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Adaptación de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 en periodo de alta transmisión comunitaria. 2021 [consultado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Adaptacion_estrategia_vigilancia_y_control.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. 2021 [consultado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
8. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Estrategia de vigilancia y control frente a Covid-19 tras la fase aguda de la pandemia. 2022 [consultado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf
9. Moya JJ, Salazar RMM, Arias PV. Repercusiones de la infección por el nuevo virus SARS-CoV-2, «Covid 19», en el embarazo sin otros factores de riesgo. *Parainfo Digital*. 2020; 14(32): e32088d [consultado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e32088d>
10. Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. COVID-19 and the production of

- knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28: e3348.
11. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Programa de vacunación covid-19 en Andalucía. Guía para profesionales. 2021 [consultado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/instruccion_vacunacion_covid_andalucia_211018.pdf
12. Crovetto F, Crispi F, Llorba E, Pascal R, Larroya M, Trilla C, et al. Impact of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 infection on pregnancy outcomes: a population-based study. *Clin Infect Dis*. 2021; 73(10): 1768-75.
13. Maloof G, Rodríguez MJ, Moreno F. COVID-19 y embarazo: repercusiones maternas y neonatales. Una revisión de la literatura. *Universitas Medica*. 2021; 62(4): 151-8.
14. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)*. 2019; 48(1): 58-65.
15. Díaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, Rivera L. Depresión y ansiedad en embarazadas (Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud). *Salus*. 2013; 17(2): 32-40.
16. Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020; 99(7): 817-8.
17. Kotabagi P, Fortune L, Essien S, Nauta M, Yoong W. Anxiety and depression levels among pregnant women with COVID-19. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020; 99(7): 953-4.
18. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020; 277: 5-13.
19. Ayaz R, Hocaoglu M, Günay T, Yardımcı OD, Turgut A, Karateke A. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med*. 2020; 48(9): 965-70.
20. Moyer CA, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2020; 23(6): 757-65.
21. Liu X, Chen M, Wang Y, Sun L, Zhang J, Shi Y, et al. Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BJOG*. 2020; 127(10): 1229-40.
22. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(2): 240.e1-240.e9.
23. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdekens A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 infections and impact of the COVID-19 pandemic in pregnancy and breastfeeding: results from an observational study in primary care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(18): 6766.
24. Jago CA, Singh SS, Moretti F. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: combating isolation to improve outcomes. *Obstet Gynecol*. 2020; 136(1): 33-6.
25. Marshall J, Kihlström L, Buro A, Chandran V, Prieto C, Stein-Elger R, et al. Statewide implementation of virtual perinatal home visiting during COVID-19. *Matern Child Health J*. 2020; 24(10): 1224-30.
26. Parra-Saavedra M, Villa-Villa I, Pérez-Olivo J, Guzman-Polania L, Galvis-Centurion P, Cumplido-Romero Á, et al. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 151(2): 203-8.
27. Mizrak Sahin B, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: a qualitative study. *Women Birth*. 2021; 34(2): 162-9.
28. Freitas-Jesús JV, Sánchez ODR, Rodrigues L, Faria-Schützer DB, Serapilha AAA, Surita FG. Stigma, guilt and motherhood: experiences of pregnant women with COVID-19 in Brazil. *Women Birth*. 2021; S1871-5192(21)00151-7.
29. Anderson E, Brigden A, Davies A, Shepherd E, Ingram J. Pregnant women's experiences of social distancing behavioural guidelines during the Covid-19 pandemic «lockdown» in the UK, a qualitative interview study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 1202.
30. Fuenzalida CJ, Solari GC, Farias JM, Naveas PR, Poblete L JA. Evaluación de un modelo remoto de seguimiento de pacientes embarazadas y puerperas con infección por SARS-CoV-2. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2020; 85: 535-49.
31. Ng QJ, Koh KM, Tagore S, Mathur M. Perception and feelings of antenatal women during COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Ann Acad Med Singapore*. 2020; 49(8): 543-52.
32. Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta Médica Peruana*. 2020; 37: 88-93.
33. Madge C, O'Connor H. Parenting gone wired: empowerment of new mothers on the internet? *Soc Cult Geogr*. 2006; 7(2): 199-220.

Isabel Manzano Alonso

Presidenta de la Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX) y del II Congreso de Matronas de Extremadura y XX Congreso FAME

¿Cuál ha sido la trayectoria de la Asociación Profesional de Matronas Extremeñas desde su creación?

La Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX) quedó constituida el 1 de diciembre de 1997; empezamos este proyecto diez o doce matronas, y actualmente ya somos ciento treinta. Los fines de nuestra Asociación son promover la formación continuada y la investigación; desarrollar actividades educativas dirigidas a la población; promover y participar en los programas de salud de atención maternoinfantil, y fomentar la igualdad y el papel de la mujer en la sociedad

Para ello hemos realizado cursos de formación, seminarios, charlas a la población, jornadas, fines de semana de cuidado emocional, marchas y diferentes encuentros con motivo del Día Internacional de la Matrona. También hemos participado en los Programas de Salud de la Mujer; en el desarrollo de la cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud, y nos hemos unido a la Asociación Española de Matronas (AEM) y a la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) para crecer y evolucionar juntas al son de los tiempos. Pero, pese a nuestra lucha constante, aún no hemos podido desarrollar en su totalidad nuestras competencias.

«Nuestra profesión es de las más antiguas del mundo: mujeres cuidando y acompañando a otras mujeres»

¿Qué supone para la APMEX realizar su Congreso conjuntamente con el de la FAME?

Nos sentimos muy orgullosas e ilusionadas de ser la Asociación anfitriona y de organizar en nuestra tierra un congreso junto a la FAME, donde se reúnen gran número de profesionales de toda España. Es un sueño, un reto y un objetivo de todas las Asociaciones, pese al trabajo y esfuerzo que supone. Para nosotras además tiene un significado especial, pues coincide con el 25 aniversario de la fundación de la APMEX y con la despedida de su veterana Junta Directiva. Así que, ¿qué mejor forma de celebrarlo?

El lema del Congreso es «Matrona ayer, hoy y siempre, una profesión ancestral». ¿Qué significado le dan ustedes?

Nuestra profesión es de las más antiguas del mundo: mujeres cuidando y acompañando a otras mujeres. Ese acompañamiento sustenta el logo y el lema del Congreso. En el dibujo cada mujer representa un momento: el ayer, el hoy y el mañana de nuestra profesión. El árbol representa el conocimiento asentado sobre nuestras raíces, y las ramas lo que seremos: una profesión que exista siempre, arropando bajo sus hojas a todas las mujeres que demanden nuestra atención.

El Congreso se inicia con talleres sobre suelo pélvico, ecografía obstétrica, anquiloglosia... ¿Cómo han ido incorporando y desarrollando estas competencias las matronas extremeñas?

Para elaborar el programa de este Congreso hemos pensado en las necesidades de formación de las matronas en función de la demanda social y las competencias que desarrollamos, priorizando siempre la calidad científica.



Perfil

Sus más de 40 años de experiencia le han permitido conocer ámbitos muy diferentes de la profesión. Ha trabajado en atención primaria domiciliaria rural, como enfermera pediátrica, y desde 1995 como matrona de atención primaria en el Área de Cáceres. Ha sido profesora colaboradora en la Unidad Docente de Matronas de Extremadura, y a nivel institucional ha sido vicepresidenta de la Asociación Española de Matronas, fundadora y secretaria general del Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES), y miembro del Consejo Asesor Científico del Servicio Extremeño de Salud (SES). Es presidenta de la Asociación Profesional de Matronas Extremeñas desde 2001, y autora de artículos científicos, profesionales y divulgativos.

NUEVO CANAL DIGITAL

+ INFORMACIÓN + INVESTIGACIÓN + FORMACIÓN



LANZAMIENTO EN SEPTIEMBRE

matronas
profesión



Inscríbete aquí
para pre-registrarte
en la nueva plataforma



«Es prioritaria una revisión de la situación de la salud sexual y reproductiva de la mujer extremeña, ya que es la competencia más deficitaria»

Las competencias de las matronas de hospitales y de centros de salud son dispares de unas áreas sanitarias a otras, incluso de una provincia a otra. Están más o menos desarrolladas en función de la *ratio* de profesionales, de la dirección, incluso de cuestiones políticas.

En la última década se han incorporado más competencias y más contratos –precarios– de matronas, sobre todo de atención especializada para urgencias obstétricas, planta de puerperio, fisiopatología fetal, etc. Sin embargo, en atención primaria hay matronas que llevan hasta dos y tres zonas básicas de salud, con gran dispersión geográfica.

Desde la APMEX creemos que es prioritaria una revisión de la situación de la salud sexual y reproductiva de la mujer extremeña, ya que es la competencia más deficitaria. Por ello le pedimos al Servicio Extremeño de Salud un nuevo mapa asistencial en atención primaria, para que haya al menos una matrona en todos los centros de salud y seamos el profesional referente en su cuidado.

¿Cómo se han adaptado las matronas extremeñas a los cambios organizativos y asistenciales en tiempos de la COVID? ¿Qué papel han desempeñado las redes sociales?

Como en cualquier crisis, la provocada por la COVID-19 obligó a la sociedad en general, y a las matronas en particular, a adaptarnos. Inicialmente había desconocimiento, temor, aislamientos, y eso cambió la forma de atender a las mujeres. Las redes sociales han desempeñado un papel relevante en esta época; a través de ellas hemos podido seguir atendiendo y cuidando a las mujeres y a sus familias. La pandemia nos ha enseñado que hay otras formas de trabajar, como la consulta *on-line*; la necesidad de plantearnos la revisión y actualización de protocolos un tanto obsoletos, y de enfocarnos hacia la investigación.

¿Disponen de centros de nacimiento en Extremadura?

No hay ninguno; ahora mismo en Extremadura pensar en los centros de nacimiento es una quimera. Ojalá puedan ponerse en marcha en un futuro no lejano.

¿Cree que la diversidad, en su más amplia acepción, supone una dificultad añadida para la atención profesional de las matronas?

En nuestra sociedad, cada vez más diversificada y plural, es necesario interaccionar con las personas de otras culturas, lo que nos da la oportunidad de innovación y crecimiento, de desarrollar habilidades e incorporarlas a las dinámicas de trabajo, y de modificar pautas convencionales.

Creo que la interculturalidad es indispensable para nuestra profesión. Las matronas somos capaces de adaptarnos a la diversidad cultural y de ofrecer cuidados de calidad a la salud afectivo-sexual y reproductiva de las diferentes familias en un mundo globalizado. Pero es un reto poner la mirada en la diversidad sexual y de género, que es donde más dificultad podemos tener como profesionales. Creo que es muy importante que las matronas, como especialistas en salud sexual y reproductiva, nos formemos para ofrecer una atención con visión inclusiva, respetuosa y no patologizadora.

«El gran reto del colectivo sería la consecución del Grado de Matrona»

¿A qué otros retos de futuro se enfrentan las matronas extremeñas?

Creo que un reto sería, no solo para la APMEX sino también para todas las Asociaciones, seguir luchando por conseguir que las matronas podamos desarrollar todas y cada una de nuestras competencias profesionales. Las venimos reclamando desde hace años a las Administraciones, y cada vez parece más difícil lograr este objetivo. Y el gran reto como colectivo sería la consecución del Grado de Matrona.

Nuevo
Complemento
alimenticio

ExelVit[®] Esencial

Preconcepción
Embarazo

Con
LIPINOVA[®]

Búscanos en el
stand nº 9 del
II Congreso
APMEX-XXFAME

LIPINOVA[®]

**Ayuda a restablecer el equilibrio inmunológico,
aumentando la capacidad de la placenta para resolver la inflamación¹.**

Una **mayor inflamación** en la placenta se asocia con **numerosos trastornos del embarazo**, incluido el parto pretérmino, diabetes gestacional, crecimiento intrauterino retardado¹ o corioamnionitis².

Gracias a su **fórmula concentrada**, **adaptada a las últimas recomendaciones de la SEGO³**, proporciona todos los nutrientes esenciales en un **tamaño de cápsula muy pequeño**.

Información nutricional	Por cápsula	%VRN*
Vitaminas:		
Vitamina B1 / Tiamina	1,40 mg	127,27 %
Vitamina B2 / Riboflavina	1,50 mg	107,14 %
Vitamina B3 / Niacina	17 mg	106,25 %
Vitamina B5 / Ácido pantoténico	6 mg	100 %
Vitamina B6 / Piridoxina	1,90 mg	135,71 %
Vitamina B8 / Biotina	50 µg	100 %
Vitamina B9 / Ácido fólico (Metafolin®)	400 µg	200 %
Vitamina B12 / Cianocobalamina	2,60 µg	104 %
Vitamina C / Ascorbato cálcico	80 mg	100 %
Vitamina D / Colecalciferol	50 µg	1000 %
Vitamina E / alfa-Tocoferol	12 mg	100 %

Información nutricional	Por cápsula	%VRN*
Ácidos grasos:		
Aceite de pescado (EPA/DHA 10/70 TG):	357,143 mg	
DHA	250,00 mg	-
EPA	35,71 mg	-
Aceite de pescado (Lipinova®-11TG)	30,000 mg	
DHA	Mín. 6,23 mg	-
EPA	Mín. 3,13 mg	-
17-HDHA	Mín. 2,40 µg	-
14-HDHA	Mín. 1,20 µg	-
18-HEPE	Mín. 1,50 µg	-

Información nutricional	Por cápsula	%VRN*
Minerales:		
Hierro (Ferronyl®)	30 mg	214,29 %
Yodo	200 µg	133,33 %
Selenio	60 µg	109,10 %
Zinc	10 mg	100 %
Manganeso	2 mg	100 %
Cobre	1 mg	100 %

*VRN= Valores de Referencia de Nutrientes.
Cantidad diaria recomendada: 1 cápsula al día.
Modo de empleo: Tomar una cápsula al día, con un vaso de agua.
Presentación: 30 cápsulas.

- 1 cápsula al día
- Sin sabor ni olor a pescado
- Sin sabor metálico
- Sin gluten, lactosa o sacarosa

Ahora **Exelvit** es **ExelVit Esencial**,
con **nuevo código nacional**

Presentación **30 cápsulas** Código nacional **203022.0**



Referencias:

1. Jones ML, Mark PJ, Waddell BJ. Maternal dietary omega-3 fatty acids and placental function. Reproduction. 2014;147(5):R143-R152. Published 2014 Apr 8. doi:10.1530/REP-13-0376.
2. Maddipati KR, Romero R, Chaiworapongsa T, et al. Clinical chorioamnionitis at term: the amniotic fluid fatty acyl lipidome. J Lipid Res. 2016;57(10):1906-1916. doi:10.1194/jlr.P069096.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol 2018;61(05):510-527. DOI: 10.20960/j.pog.001414.

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como un sustituto de una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable. Mantener fuera del alcance de los niños más pequeños. No sobrepasar la dosis diaria recomendada. Lipinova[®] es una marca registrada por Solutex GC.



Exeltis
Rethinking healthcare

EXES-PUBM-0322

Conoce

Planifica

Actúa



 **Implanon NXT®**
68 mg etonogestrel

Cerazet®
desogestrel

 **elonva®**
corifolitropina alfa

NUVARING®
(etonogestrel/etinilestradiol)
(120 µg/15 µg)

MICRODIOL®
desogestrel / etinilestradiol

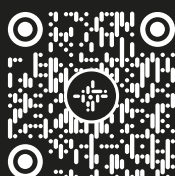
Puregon®
FSH recombinante / folitropina beta

Boltin®
tibolona

circlet®
etonogestrel/etinilestradiol
(0.100 mg/0.020 mg cada 3 horas, sistema de liberación vaginal)

Suavuret®
desogestrel / etinilestradiol

 **Orgalutran®**
ganirelix



 **ORGANON**

Organon Salud S.L. Paseo de la Castellana, 77 - 28046 Madrid
Copyright 2022 Grupo Organon.
Todos los derechos reservados.
ES-XCE-110013 (Creado: abril 2022)