

## ABRIL: LAS MATRONAS SE MOVILIZAN

Durante estos últimos meses, en especial en el mes de abril hemos visto una movilización sin precedentes en Andalucía. Como ya anunciábamos en el boletín anterior las matronas de toda Andalucía han iniciado un proceso de visualización y de reivindicación que ha tenido su culmen en estos últimos meses, sin que por supuesto haya llegado a su fin. Tras la acción conjunta en marzo en las distintas provincias y tras la recogida masiva de firmas, el 4 de mayo se constituyó una verdadera "Marea Rosa" que llevó las 40.000 firmas recogidas a la sede de la Consejería de Salud en Sevilla. Partiendo de la emblemática Plaza de la Encarnación de Sevilla, conocido el lugar por las "setas", se recorrió la distancia hasta la Avenida de la Constitución

(donde se encuentra la sede de la Consejería) con pitidos y peticiones que alegaban y pedían a la Sra. Consejera y su equipo de gobierno que apostaran por la igualdad de la atención en salud de las mujeres andaluzas. Vinieron matronas de todas las provincias y fue un momento también de encuentro para conocer a las distintas personas que encabezan la movilización en cada provincia. Aquí se aunaron fuerzas, uniéndose la Asociación con el Movimiento Marea Rosa.

A día de hoy aún no se ha obtenido por parte de la Consejería respuesta a las firmas presentadas. Así mismo seguimos intentando que la Sra. Consejera de Sanidad, M<sup>o</sup> José Rubio, nos conceda una cita, ante lo poco fructífera que resultó la mantenida con los directivos del SAS

en los que la Consejera delegó nuestra solicitada cita.

Otra de las acciones importantes que se han llevado a cabo en estos últimos meses ha sido recabar el apoyo de diversas instituciones. Surge la idea de elaborar un manifiesto que pueda ser apoyado para dar más solidez a nuestras reivindicaciones. Se trata por tanto de crear un documento exponiendo nuestra situación para recabar apoyos. Así, ya contamos con el apoyo de la FAME, SATSE, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla, de la Sociedad Andaluza de Contracepción y del Consejo Andaluz de Enfermería, entre otras. A continuación podéis leer el manifiesto y desde la Asociación os animamos a uniros en la consecución de apoyos.



# MANIFIESTO

Ante la lamentable situación profesional de las Matronas andaluzas, desde la Asociación Andaluza de Matronas (AAM) se están desarrollando una serie de actuaciones dirigidas a las Instituciones Autonómicas y otras de diferente índole encaminadas a sensibilizar a la opinión pública y como llamada de atención a los responsables sanitarios y políticos implicados en dicha situación.



Desde los albores de la humanidad, la partería, como una de las profesiones más arcaicas del mundo, ha evolucionado y actualmente la matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad (atención a la madre en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida) y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad. Todo ello en consonancia con las demandas de la sociedad, en el marco de políticas globales de salud y favoreciendo en todo momento la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio.

La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea (artículo 55 del Real Decreto 1837/2008) donde es la única especialidad de enfermería que dispone de normativa europea que regula la formación y las competencias profesionales. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona).

Sin embargo, este gran respaldo académico y legal, tan ampliamente reconocidos, no se traslada a la realidad asistencial pública andaluza

donde la situación de desidia y desconsideración que desde hace años viene atravesando la figura de este colectivo no tienen parangón y se traduce en:

- Falta de cobertura de Matronas destacando especialmente la atención primaria de salud, donde a la luz de los datos existentes se genera una desigualdad en materia de salud sexual y reproductiva para las mujeres que se asemeja más a la atención dada en el contexto de un país tercermundista que al supuesto paraíso asistencial que se vende en nuestra comunidad.
- Una preocupante situación de presión asistencial que impide al colectivo asumir todas sus competencias en la mayoría de las ocasiones, recayendo por tanto en otros profesionales.
- Sustitución de estos profesionales por parte de enfermería no especializada que genera importantes situaciones de falta de seguridad en la atención de las usuarias con riesgo potencial grave para su salud y la de sus bebés. Privando, por tanto, de su asistencia a los profesionales capacitados para ello.
- Deterioro de la calidad asistencial dada a las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.
- Bolsa de profesionales especializados (altamente cualificados) que generan un importantísimo gasto, absolutamente desaprovechados

al no ser contratados donde corresponde, desaprovechando por tanto, conocimiento, talento y competencias especializadas.

- En definitiva: gestión de los responsables políticos absolutamente irresponsable, por ineficaz e ineficiente, que en una situación de crisis como la que estamos viviendo resulta cuanto menos éticamente reprochable y que conlleva una situación de inequidad sanitaria y social inexistente hasta el momento.

Por ello solicitamos que:

- Haya Matronas en todos los centros de salud y Hospitales de nuestra Comunidad Autónoma que participen activamente en todos los procesos que afectan a las mujeres.
- La situación actual sea abordada inmediatamente y sin fisuras de una forma honesta, clara y decidida, por parte de los responsables políticos implicados, originando una respuesta que dé salida a esta petición por considerarla de derecho hacia la población y hacia la profesión de las matronas.
- Las instituciones abajo firmantes reclaman, promueven y apoyan este manifiesto sobre la petición de reconocimiento de competencias y reivindicación de puestos de trabajo de las Matronas (Enfermeras especialistas en Obstétrico-Ginecológica).

**La Junta Directiva**

# Reflexiones: EMOCIONES Y EMBARAZO

*“Al nacer un bebé,  
nace también una madre”  
Lebovico*

**E**l embarazo es una etapa crucial en la vida de la mujer que implica una serie de adaptaciones no sólo a nivel físico, sino también a nivel psíquico.

A nivel emocional, se caracteriza por estar en un estado de “transparencia psíquica”, un estado de susceptibilidad donde experimentará un entramado de emociones y sentimientos nuevos y aflorarán del inconsciente otros ya vividos y que han permanecido ocultos durante mucho tiempo, sobre todo, derivados de la relación madre-hija que influirán en el desarrollo del concepto de maternidad en la mujer<sup>1</sup>.

Un conjunto de cambios psicológicos originados por acción directa de las hormonas acompañan a los cambios físicos fácilmente apreciables a lo largo de la gestación, que tienen por finalidad preparar a nivel psicológico a la mujer en futura madre.

Los sentimientos tanto positivos como negativos se magnifican, vive en un estado de labilidad y ambigüedad emocional: desean tener un hijo a la vez que están preocupadas por sus cambios corporales, se sienten inseguras al no poder saber cómo evoluciona su

embarazo en cada momento, si su bebé está bien, la alegría, el miedo, incredulidad, temor, rechazo... Aunque no lo verbalice, toda mujer siente miedos durante su embarazo; miedo al aborto, a que tenga alguna malformación, a la muerte intraútero...

Deben asumir que ya no pueden dar marcha atrás, deben afrontar su nuevo estado que dará su fruto en un futuro muy próximo. Todo esto puede provocar en la mujer cierto nivel de ansiedad<sup>2</sup>.

Dependiendo de su estado emocional en el momento en que la mujer reciba la noticia de estar embarazada, vivirá este acontecimiento único como una experiencia positiva ó negativa marcando tal estado a lo largo de los nueve meses, teniendo la relación de pareja una importancia crucial. Ambos deben asumir que sus vidas cambiarán no sólo a nivel personal sino a nivel profesional, social... Deben asumir una nueva identidad, aprender a desempeñar nuevos roles, pasarán de ser una pareja a ser una familia, siendo el nacimiento de un hijo, el acontecimiento vital que más va a cambiar la vida de la mujer y su pareja. El futuro bebé se convertirá en la prioridad de ambos.

Sólo cuando asuman todo esto, vivirán el embarazo como una experiencia positiva y enriquecedora<sup>3</sup>.

La mujer embarazada realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas.

- La primera es “estoy embarazada”, le afecta sólo a ella y a su cuerpo
- La segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo.
- La tercera es: estoy esperando un bebé de...”, lo que incluye, además del bebé, al padre de éste, lo que da lugar al surgimiento de la noción de paternidad<sup>4</sup>.

La mujer no es madre desde el momento en que nace su hijo, sino mucho antes. El “proceso de maternidad” ó “la maternización” que incluye la gestación, parto y maternidad, surge desde que la mujer se queda embarazada y consiste en desarrollar a nivel psicológico y emocional aptitudes para poder desempeñar su nuevo rol de madre y que nacen gracias a las interacciones precoces con su hijo. En éste proceso deben implicarse por igual los dos miembros de la pareja<sup>5</sup>.

Las experiencias vividas, la relación con su madre, su autoestima, educación, valores, cultura... son factores transcendentales que influirán en cómo la mujer vivirá su embarazo y cómo será como madre<sup>6</sup>.

Al igual que la “maternización”, el vínculo madre-hijo nace desde que la mujer conoce su estado de gestación y se va afianzando a lo largo de los nueve meses al escuchar a su futuro hijo con el ultrasonido, al verlo en las ecografías que confirman que su hijo existe realmente, al conocer su sexo, al sentir sus movimientos, al darle un nombre... desarrollándose también sobre relaciones previas<sup>7</sup>.



A medida que evoluciona el embarazo, la mujer experimenta diferentes emociones y sensaciones, caracterizándose los diferentes trimestres por:

### **PRIMER TRIMESTRE**

Incertidumbre, cansancio, fatiga, náuseas, vómitos, despertares nocturnos, somnolencia durante el día, disminución del apetito sexual... Se caracteriza sobre todo por estrés y labilidad emocional.

A parte de las posibles molestias físicas que aseguran que está embarazada, les cuesta creer su nuevo estado y que se esté gestando un nuevo ser.

Aparecerán los antojos; pueden ser debidos a una causa física real, una necesidad instintiva del organismo ó una manifestación de su deseo de ser cuidadas y demandan una atención especial de las personas que la rodean<sup>8</sup>.

### **SEGUNDO TRIMESTRE**

La mujer se siente más segura al superar la primera fase de embarazo, ya ha pasado el riesgo de aborto del primer trimestre y se confirma su gestación. Se retoman las relaciones sexuales. Éste trimestre se caracteriza por la estabilidad y adaptación. Siente los primeros movimientos fetales. Empiezan a imaginar y a tener sueños sobre como será su bebé, a quién se parecerá... empezará a buscar el nombre. Todo esto junto con los cambios físicos propios de la gestación, afianza el apego madre-hijo y ayuda a la mujer a reafirmarse como futura madre.

Necesitan sentirse protegidas, experimentan una regresión emocional que les hace más dependiente de su madre, pareja ó personas más próxima<sup>3</sup>.

Ésta etapa se caracteriza por la estabilidad y la adaptación.

### **TERCER TRIMESTRE**

Etapa caracterizada por la sobrecarga y porque comienza a preparar "el nido". La mujer se plantea como será como madre. Se siente más cansada y está más sensible emocionalmente.

Incrementa su ansiedad al aparecer miedos por el parto que se acerca, por el dolor, posibles problemas que puedan afectar al bebé, malformaciones....

Las relaciones sexuales a veces disminuyen en ésta etapa por miedo a que puedan ser perjudiciales tanto para la madre como para el feto, sin embargo ayudan no sólo a la relación de pareja sino a liberar el estrés y si no hay contraindicación médica, son aconsejables.

El estado emocional de la madre influye directamente en la evolución de su embarazo y desarrollo fetal.

La evidencia científica ya ha demostrado la importancia de una buena salud mental a lo largo del embarazo y cómo factores como el estrés afectan negativamente tanto en la madre como al feto, pudiendo desarrollar problemas cognoscitivos, emocionales y conductuales en la infancia<sup>9,10</sup>.

También repercute negativamente en mujeres que desean quedar embarazadas puesto que se ha demostrado mayor dificultad a la hora de conseguir un embarazo y mayor incidencia de abortos en mujeres con niveles altos de estrés<sup>11,12</sup>.

Existe una relación directa entre situaciones crónicas de estrés, partos prematuros<sup>13,14</sup> y bajo peso al nacer<sup>13,14,15</sup> como en el caso de mujeres maltratadas.

Por otro lado, el estrés originado por problemas en la pareja ó relacionado con problemas de salud fetal, es un factor de riesgo de depresión durante el embarazo<sup>16</sup>.

Niveles altos de depresión y ansiedad acompañados de escaso apoyo social en mujeres embarazadas, se ha relacionado con un menor apego madre-hijo<sup>17</sup>.

Como agentes de salud, debemos fomentar educación sanitaria para el cuidado emocional de la mujer embarazada y animarlas a que busquen ayuda si lo requieren.

Se vanaliza el estado de ansiedad ó estrés de la embarazada no dándole la importancia que requiere, pasando inadvertidos y los casos que se detectan tampoco se tratan... Continuamente caemos en el error de prestar atención solamente a los resultados de un screening, de una analítica, de una ecografía... en definitiva, de todo aquello que repercute a la salud física materno-fetal, sin darnos cuenta de cómo se siente la madre, de si estamos atendiendo sus necesidades emocionales, de estar informada y hacerla participe de su proceso, donde ella, junto a su hijo, es el centro de nuestra labor asistencial.

Como matronas y profesionales de referencia para la mujer en el embarazo, debemos de ser fácilmente accesibles, establecer una relación de confianza para solventar todas sus dudas y temores. Es muy importante a la hora de informar a la gestante que el equipo sanitario que le atiende no le proporcione informaciones contradictorias que originen inseguridad en la mujer y disminuya el clima de confianza que ha de establecerse en la relación matrona-mujer. Actualmente vivimos en una sociedad donde los embarazos generalmente son planificados y se tienen muy pocos hijos por los cambios sociales que han acompañado a la mujer en las últimas generaciones. Esto unido al avance científico-técnico de la medicina, que ha disminuido vertiginosamente las tasas de morbi-mortalidad materno-

fetal, la mujer no está preparada para afrontar malas noticias referente a su embarazo y su bebé. Cada prueba, cada ecografía puede ser vivida como un acontecimiento preocupante que ha de "superar" y que le recuerdan que en cualquier momento puede ser detectada una anomalía<sup>6</sup> intensificando la ansiedad materna.

Recursos como las intervenciones cuerpo mente tales como la hipnoterapia, yoga ó imagen guiada podrían ser útiles para prevenir y tratar la ansiedad durante el embarazo y mejorar la salud materno-fetal al inducir la relajación mental

y modificar el pensamiento negativo relacionado con la ansiedad, con el objetivo de cambiar la percepción de un evento estresante, para conseguir un comportamiento adaptativo y desarrollar estrategias de afrontamiento<sup>18</sup>.

Atendiendo a la mujer desde una perspectiva holística, atendiendo sus necesidades bio-psico-sociales, lograremos mejorar no sólo la salud materna sino también la fetal, consiguiendo madres e hijos más sanos y felices.

**María José Mata Saborido**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bydlowski M. (1997). Transparence psychique due à la grossesse. Atraction par l'objet interne. En: La Dette de Vie: Itinéraire psychanalytique a la maternité. Paris: Puff, 2002, 4<sup>a</sup> ed.
2. Lazarus R. y Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer; 1984
3. Martín-Maldonado Durán J, Feintuch M. Salud Mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. Perinatol Repro Hum (revista en Internet) 2001 enero-marzo. ( acceso 1 de Julio de 2012); 15(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imper/ip-2001/ip011d.pdf>
4. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: pretermbirth from a biobehavioral perspectiva. J Midwifery Womens Health ( revista en internet) 2009. ( acceso 1 de Julio de 2012) ; 54(1): 8–17. Disponible en: <http://www.doi:10.1016/j.jmwh.2008.08.001>.
5. García-Dié M T, Palacín C. Intervención prenatal. En C. Pérez Testor (comp.), La familia: nuevas aportaciones (p.135-149). Barcelona: Edebé; 2001.
6. Cabrero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Tomo II. Buenos Aires;Madrid: Médica Panamericana;2007.
7. Brazelton, T B, Cramer B G. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós ; 1993.
8. Ruíz Vega J .Nueve meses bien alimentados. Madrid: Temas de Hoy; 2006.
9. O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002, 41:1470-1477.
10. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? J Child Psychol Psychiatry 2007, 48:245-261.
11. Domar A D. (1997). Stress and infertility in women. En S.R. Leiblum (Ed). Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies. Canada: John Wiley & Sons Inc; 1997.
12. Domar, A.D, Clapp D, Slawsby E., Kessel, B, Orav J, Freizinger M. The impact o f group psycholo-gical interventions on distress in infertile women. Health Psychology (revista en internet) 2000. ( acceso el 4 de Julio de 2012); 19, 568-575. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.568>
13. Rosen D, Seng J. S, Tolman R. M, Mallinger G. M. (2007). Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. Journal of Interpersonal Violence. 2007; 22(10), 1305\_1314.
14. Yost N. P, Bloom S. L, McIntire D. D, Leveno K. J. (2005). A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 2005;106(1), 61-65.
15. Sharps P.W, Laughon K., Giangrande S. K. (2007). Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. Trauma, Violence and Abuse. 2007;8(2), 105-116.
16. Dayan J, Creveuil Ch, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J-M, O'Keane V. Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress. ploss one. 2010;5 (9) .
17. Condon J.T, Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attach-ment in pregnant women. British Journal of Medical Psychology. 1997; 70:359-372.
18. Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett E, Blanchet C, Dodin S, Njoya M. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD007559. DOI:10.1002/14651858.CD007559

# ANÁLISIS DEL USO DEL LEVONORGESTREL COMO ANTICONCEPTIVO DE URGENCIA EN ANDALUCÍA DESDE EL 2001 HASTA EL 2013

## RESUMEN

Por anticoncepción de urgencia (AU) entendemos el uso de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo tras un coito no protegido, lo cual ayuda a evitar embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo. En nuestro país, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda el uso del DIU y levonorgestrel como métodos anticonceptivos de urgencia<sup>1</sup>.

La ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía<sup>2</sup> garantiza el acceso a la anticoncepción de urgencia pues promueve la vivencia satisfactoria de la sexualidad y la reproducción como un valor positivo y un activo para la salud. El sistema político defiende el fácil acceso a los métodos anticonceptivos pero esto no siempre ha sido así ¿cómo puede obtener el usuario la píldora de levonorgestrel? ¿de qué manera ha evolucionado el uso de la PAU? ¿Han aparecido nuevas complicaciones? ¿Su uso reiterado es perjudicial para la salud? ¿Cuál es su mecanismo de acción? Con este artículo pretendemos dar respuesta a todas estas preguntas que han ido surgiendo desde que comenzase su uso en el 2001 hasta la actualidad mediante una revisión bibliográfica en las principales bases de datos así como analizar su uso en nuestra Comunidad Autónoma.

## INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de urgencia (AU) comenzó a utilizarse en EEUU en los años sesenta para evitar el embarazo tras violación. Desde los setenta disponemos en España de la posibilidad de realizarla mediante tratamiento hormonal. La pauta de Yuzpe, dos dosis separadas doce horas de anticonceptivos hormonales combinados, estrógeno y gestágeno, se ha usado ampliamente en nuestro medio. Sin embargo, en el año 2001 se comercializó la específica píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) de levonorgestrel (Norlevo®, Postinor®),

mejor tolerado y más efectivo, existiendo un claro aumento de su uso (ver tabla 1). A partir de 2009 la Agencia Española del Medicamento permite su libre dispensación, con lo cual dejamos de tener un registro fiable de su tasa de uso.

Tabla 1. Demanda de Píldora postcoital. Tasa por 1000 mujeres entre 15-44 años. Andalucía 2001-2010. Fuente: Centro sanitarios del SAS.

Periodo	Total	Tasa
Mayo-diciembre 2001	25.785	14,91
Año 2002	43.162	24,92
Año 2003	46.083	26,62
Año 2004	57.388	26,62
Año 2005	62.957	35,63
Año 2006	66.808	36,59
Año 2007	60.628	33,21
Año 2008	66.777	38,64
Año 2009 (Se autoriza la PAU sin receta)	55.581	30,01
Año 2010	37.674	20,51

Este aumento es lógico, pues si atendemos al último informe poblacional sobre *Uso y opinión de la píldora postcoital* elaborado por la Sociedad Española de Contracepción en el año 2013<sup>3</sup>, el 98.7 % de las mujeres entre 14-50 años conoce o ha oído hablar de la píldora postcoital y un 14.7% declara haberla usado alguna vez.

La realidad es que cualquier pareja puede verse inmersa en una relación coital sin protección que puede conllevar a un embarazo no deseado, los cuales suponen un problema de salud reproductiva por sus repercusiones biológicas, psicológicas, económicas y sociales que pueden llevar a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Según los últimos datos publicados por el INE<sup>4</sup> en el año 2010 se produjeron un total de 8336 IVE a petición de la mujer en Andalucía, si lo dividimos por franja de edad: 1455 se produjeron con edades de 15-19 años, 2479 con edades de 20-24 años

y 2286 con edades de 25 a 29 años. Por tanto podemos decir que la píldora con levonorgestrel puede suponer una segunda oportunidad que podría ayudarnos a reducir las tasas de IVE junto con la necesidad de desarrollar estrategias de prevención primaria más eficaces<sup>4</sup>.

Desde que puede obtenerse si receta, la farmacia se consolida como el lugar más frecuente de obtención (del 33.9% en 2011 al 43.7% en 2013). En este informe podemos ver algunos mitos que se implantaron en la población al inicio de la su comercialización y que aún persisten: el 50.6% de las mujeres la considera un método abortivo, un 51.6% considera que es peligrosa para la salud y un 27.6% la considera método anticonceptivo habitual.

Para entender el uso actual de la anticoncepción de urgencia debemos entender el uso tradicional de los métodos anticonceptivos de uso habitual en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma. Para ello debemos remontarnos al año 1978, pues hasta esa fecha estuvo prohibida toda distribución, propaganda y venta de métodos anticonceptivos. La despenalización en el 78 de los anticonceptivos junto con la despenalización del aborto en 1985 supone el reconocimiento del derecho reproductivo de las mujeres en nuestro país. Las mujeres empiezan a tomar las riendas de su propia sexualidad, en Andalucía la creación del decreto 219/1985 sobre atención a la salud materno-infantil posibilita que en 1987 se cree el primer programa de Planificación familiar en el que se implicaron profesionales de diferentes sectores (ginecólogos, médicos de familia, matronas, enfermeras) ubicándose en atención primaria las actividades relacionadas con la vida reproductiva.

Tanto las prácticas anticonceptivas como el uso de métodos modernos han aumentado con el curso de los años entre las mujeres españolas, sin

embargo el preservativo sigue siendo el método más utilizado en España mientras que a nivel Europeo el más utilizado es la píldora.

reproductiva así como de los agentes educadores de los adolescentes para cambiar la realidad actual de coitos no protegidos.

palabras claves: oral contraceptives, levonorgestrel, therapeutic use, adverse effects. En un primer momento se obtienen 5.462 artículos. Al realizar las combinaciones booleanas para concretar la búsqueda al uso de levonorgestrel como anticonceptivo de urgencia (levonorgestrel and emergency contraception and effects) obtenemos 499 artículos.

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tras seleccionar los artículos publicados en inglés y español y consultar los abstracts, reducimos la búsqueda a 56 artículos que contemplan el levonorgestrel como anticonceptivos de urgencia. En primer lugar llama la atención que la mayoría de la bibliografía es de origen inglés existiendo pocos artículos en español.

Respecto al mecanismo de acción tanto la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) como la ICEC (Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia) establecen que el principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación al impedir el pico de LH impidiendo el desarrollo folicular y la liberación del óvulo.

ESPAÑA	INE	DAPHNE	CIS	CIS	DAPHNE	DAPHNE
Año	1999	1999	2006 (a)	2006 (b)	2007	2009
Prevalencia anticoncepción (%)	71,7	61,2 (60,7)	65,7	69,6	79,7	78,8
Prevalencia métodos modernos	66	55,7	62,3	65,9	72,4	74,8
Esterilización femenina	10,1	4,5	5,6	4,62	4,1	4,3
Esterilización masculina	9	6,5	7,9	6,46	—	4,6
Píldora	13,1	16,5	17,2	19,3	20,3	17,9
Inyecciones o Implantes	0,1	—	0,2	0,2	—	—
DIU	6,6	5,9	6,4	5,6	4,5	4,9
Preservativo	27,0	21,9	24,8	29,8	38,8	37,3
Barreras vaginales	0,1	—	0,2	0,2	—	—
Otras	0,0	0,4	0,0	0,0	4,7	5,7
Métodos tradicionales	5,7	5,0	3,5	3,4	3,0	2,8
Ritmo	0,8	0,7	0,3	0,2	0,5	0,6
Coito interruptus	4,0	4,3	1,9	1,6	2,5	2,2
Otras	0,9	—	1,3	1,6	—	—
N	7.749	2.136	3.100	3.887	2.105	2.108

Tabla 2. Evolución de las prácticas anticonceptivas en España.<sup>5</sup>

No obstante en la Primera Encuesta sobre Sexualidad y Anticoncepción en la juventud española del 2002 (Ver tabla 2), podemos ver que el 55.5% de los jóvenes españoles entre 15-19 años no usa ningún método anticonceptivo, lo cual los pone en una clara situación de riesgo no sólo ante un embarazo no deseado sino también frente al riesgo de contraer ITS (Infecciones de transmisión sexual).

Teniendo en cuenta la realidad de coitos no protegidos que acontecen en nuestro entorno, la píldora anticonceptiva de urgencia debe considerarse como un método que supone una "segunda oportunidad" pero nunca debe sustituir un método anticonceptivo de uso habitual, es necesaria una adecuada educación afectivo-sexual desde las consultas de atención primaria por parte de la matrona y todos aquellos profesionales que intervienen en la salud sexual y

### METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos: Cochrane, Medline, Cuiden, Scielo y Google Scholar abarcando los últimos 12 años. Se utilizan las

		15-19 (%)	20-24 (%)	Total (%)
Varón	Coito interrumpido	0,2%	0,9%	0,6%
	DIU	0,2%	0,5%	0,3%
	Preservativo masculino	40,4%	60,6%	51,4%
	Anticonceptivo oral (Píldora)	3,1%	10,8%	7,3%
	Doble método (Preservat y píldora)	0,6%	2,8%	1,8%
	Ninguno	55,5%	24,5%	38,6%
	Óvulos, cremas espermicidas			
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	Coito interrumpido	1,8%	1,7%	1,7%
	DIU	0,2%	0,7%	0,5%
	Preservativo masculino	30,7%	40,9%	36,3%
	Anticonceptivo oral (Píldora)	7,4%	26,8%	17,9%
	Doble método (Preservat y píldora)	2,3%	3,9%	3,2%
	Ninguno	57,6%	25,9%	40,3%
	Óvulos, cremas espermicidas		0,2%	0,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2.1 Encuesta sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud. 2002.

Existen otros mecanismo de acción teóricamente posibles<sup>7,8</sup> aunque sus evidencias experimentales aún no han sido constadas. Estos serían: espesamiento del moco cervical y dificultad de la migración espermática.

Es importante mencionar que tanto la FIGO como los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU, como los Internacionales, establecen el inicio del embarazo a partir de la implantación. La disminución de la efectividad de la PAU conforme transcurre el tiempo desde el coito y más aún, la incapacidad de producir sangrado en caso de amenorrea por embarazo son claros ejemplos de que la PAU es capaz de prevenir un embarazo pero nunca de impedirlo, es decir, queda fuera de todo margen continuar pensando que es abortiva y, por tanto, alegar objeción de conciencia para no dispensarla.

Otra barrera a eliminar, pues es un motivo de argumento para no dispensar la anticoncepción de urgencia en mujeres con pluripatología, son los graves efectos que puede ocasionar en el organismo una dosis tan elevada de levonorgestrel. En el Manual de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS<sup>9</sup> indica que no existe ninguna contraindicación para la pauta de levonorgestrel. La Agencia Española del Medicamento indica como contraindicación la hipersensibilidad al principio activo y no la recomienda en mujeres con insuficiencia hepática grave. Debe tenerse en cuenta que las patologías que cursen con dificultad grave de absorción, como la enfermedad de Crohn, pueden disminuir su eficacia.

Respecto a los efectos secundarios, un 14% presenta náuseas y sólo 1% vómitos. Son más frecuentes cefaleas, mareos, dolor hipogástrico y dolor

mamario (> 1/10 mujeres). Un 16% puede presentar sangrado inesperado en los 7 días siguientes a la toma y en un 50% la regla se adelanta o se atrasa.

Finalmente, aclarar el tiempo de dispensación efectiva para el uso de levonorgestrel como anticonceptivo. Los primeros ensayos con la PAU-LNG admitieron mujeres en el estudio hasta 72 horas, y por eso, tras el ensayo publicado en Lancet en 1998, se pasó a esa recomendación de 72 horas tras el CNP. Pero la propia OMS reconoció que tal vez el plazo de eficacia podría ser más amplio, y repitió el ensayo, esta vez con una sola dosis de 1.500 mcg de LNG, y admitiendo mujeres hasta 120 horas después del CNP. En la tabla 3 pueden verse los resultados obtenidos.

para aquellas parejas que han mantenido una relación coital sin protección o que han tenido fallos en el uso de sus anticonceptivos habituales. Antaño considerada abortiva por algunos profesionales, la evidencia científica ha demostrado que su uso "previene abortos" pues los embarazos no deseados suelen acabar en IVE mientras que la anticoncepción de urgencia tiene como principal mecanismo de acción evitar la ovulación no siendo efectiva si ya se ha producido la concepción.

La última encuesta de la Sociedad Española de Reproducción constata el mayor conocimiento poblacional de la misma, así como su aumento de uso. Sin embargo, las matronas aún tenemos mucho que trabajar en este aspecto: la población sigue pensando

Demora toma levonorgestrel 1.5 mg tras coito no protegido	% Embarazo en mujeres	
	Estudio Lancet 1998	Estudio Lancet 2002
1 día	0.4	1.7
2 días	1.2	0.7
3 días	2.7	2.5
4 días	-	1.1
5 días	-	4.8

Tabla 3. Plazo para la administración de la pauta de levonorgestrel.<sup>10</sup>

Por tanto, el plazo de eficacia es mayor cuanto antes se tome la píldora tras el coito no protegido, pero debe abandonarse la idea de que más allá de las 72 horas no tiene sentido dar la píldora pues aún existe eficacia.

### CONCLUSIONES

El uso de la anticoncepción de urgencia con Levonorgestrel 1.5mg ha supuesto una "segunda oportunidad"

que es abortiva y existe una alta proporción de adolescentes que no usan ningún método anticonceptivo; es en estos sectores poblacionales de riesgo donde debemos hacer una captación precoz e informar de los métodos anticonceptivos, recomendando el doble método anticonceptivo entre los adolescentes, como ocurre en la mayoría de los países europeos, abandonando

nuestra rutina tradicionalista y obsoleta de recomendar sólo el preservativo entre los jóvenes.

Aunque la eficacia de la pauta anticonceptiva de urgencia con levonorgestrel 1.5mg. ha quedado ampliamente demostrada, así como su seguridad clínica para la mujer, existe una importante limitación de uso, pues más allá de las 72h. su eficacia se reduce y pasadas las 120h. su eficacia no queda demostrada. Es necesario valorar otros métodos de anticoncepción de urgencia útiles pasados ese tiempo (por ejemplo el DIU) y la anticoncepción con Ulipristal, disponible en las farmacias españolas desde el 2009 pero con menor uso y difusión que el levonorgestrel.

Por tanto, concluimos diciendo que aunque en los últimos diez años se ha producido un importante avance en la dispensación y facilidad de acceso de la anticoncepción de urgencia a la usuaria en la Comunidad Autónoma Andaluza, las estadísticas actuales

revelan las prácticas de riesgo aún existentes en nuestros adolescentes y las ideas o creencias equivocadas respecto al uso de la anticoncepción de urgencia; la matrona como profesional especializado en obstetricia y ginecología, así como agente educador en salud por su formación enfermera, debe ampliar sus horizontes profesionales y luchar por formar parte activa del equipo de planificación familiar así como impartir charlas educativas en institutos, colegios, etc.. no sólo dirigidas a los alumnos también a los padres como agentes educadores informales para lograr reducir las tasas de embarazos no deseados y el aumento de las IVE.

M<sup>a</sup> del Carmen Mejías Paneque.

Matrona Hospital La Merced, Osuna

Silvia García González.

Matrona Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Laura Duarte González.

Matrona Atención Primaria Distrito Huelva-Costa

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Guía de actuación en anticoncepción de urgencia (pildora del día después). Madrid: SEC, 2008 [citado el 20 de Noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/anticoncepcion\\_emergencia/index.php](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/anticoncepcion_emergencia/index.php)
- 2.- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, 2013.
- 3.- Federación de Planificación familiar estatal. Informe sobre la libre dispensación de la pildora anticonceptiva de urgencia: Análisis de la situación y propuestas. Madrid: Marzo 2012. [citado el 21 de Diciembre de 2013]
- 4.- Instituto Nacional de Estadística 2013. Interrupciones voluntarias del embarazo. Serie 1992-2011. Cifras INE. (www.ine.es)
- 5.- Gomez Bueno, Carmuca, Bretín Helen, Puentes Navas, Rocío. Anticoncepción en Andalucía: Representaciones, discursos y prácticas profesionales. Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2011.
- 6.- Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC). Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Posicionamiento sobre el mecanismo de acción. Octubre 2008. [citado el 18 Noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.claela.org/downloads/Posicionamiento/posicionCECyFIGOoct08mecaacionASpanish.pdf>
- 7.- Croxatto A, Horacio; Ortiz S, Maria Elena. Cómo y cuando el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de urgencia. Rev. Población y Salud en Mesoamérica 2007. Vol 4.(2). Revista electrónica. [Citado el 17 Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/4/4-2/4-2-3/index.htm>.
- 8.- Arribas Mir, L. Ordoñez Ruiz, M<sup>a</sup> Jesús. Anticoncepción de Urgencia 2010. Rev. Atención primaria, 2010. 42(3): 129.131.
- 9.- Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4<sup>a</sup> edición. OMS, 2011.
- 10.- Helen von hertzen et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. The Lancet, 2002. 360 (9348): 1803-1810.
- 11.- Ali Kubba. Emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. The Lancet, 1998. 352( 9144): 1939-1940

# VARIABILIDAD EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA RIGIDEZ Y EL EDEMA CERVICAL INTRAPARTO

## RESUMEN

Es habitual en los paritorios españoles el manejo farmacológico de la rigidez y el edema cervical resultante durante el desarrollo del parto por parte de los profesionales que lo atienden. Para ello es frecuente utilizar la escopolaminabutilbromuro (buscapina®), fármaco espasmolítico relacionado con el alivio del dolor pero que en su indicación médica no se relaciona con el uso durante el parto, ni en ninguna guía del Sistema Nacional de Salud se hace referencia a su uso en Obstetricia.

Asimismo, llama la atención la variabilidad del uso de dicho fármaco tanto en la dosis de administración como en su forma, que tiende a cambiar según el centro hospitalario y el profesional. Éstos suelen aprender dicho manejo farmacológico de forma empírica, pues en la mayoría de centros no hay consenso en la forma de administración y mucho menos un protocolo.

Hemos revisado la escasa evidencia científica a este respecto para determinar los usos adecuados del fármaco, enfrentando lo recopilado a la realidad de los diferentes paritorios de la provincia de Cádiz, para lo cual hemos entrevistado a varias matronas de los cinco hospitales.

Con todos estos datos hemos elaborado un cuadro comparativo que nos permita analizar la variabilidad del manejo de la buscapina en Obstetricia en nuestra provincia, con el fin de analizar su uso y elaborar un protocolo que justifique científicamente la utilización de dicho fármaco, evitando trabajar de manera empírica y que además sea extrapolable a otros centros.

## OBJETIVOS

Está ampliamente extendido en nuestro medio el uso de Buscapina IV durante la fase

activa del parto si bien, su indicación y posología varían de un centro a otro. Por ello nos planteamos como objetivos:

- Estudiar la variabilidad en el uso de la Buscapina en los cinco hospitales de la provincia de Cádiz.
- Enfrentar el uso actual de dicha medicación en los diferentes hospitales de la provincia con las indicaciones y posología recomendadas por la evidencia científica disponible.
- Aportar carácter científico a esta práctica asistencial propia de la Matrona, planteando la necesidad de unificar criterios y la elaboración de un protocolo para el buen uso de la Buscapina.

## MÉTODO

Hemos realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos: Cochrane Plus, Medline, PubMed, CUIDEN, sCielo y Joanna Briggs. El periodo temporal abarcado son los últimos 15 años.

En una primera fase se utilizaron las siguientes palabras clave:

escopolaminabutilbromuro ,buscapina, inducción del parto, cérvix, en el caso de base de datos en castellano, y para las bases de datos en inglés sus equivalentes en dicho idioma: scopolaminebutylbromide, buscapine, induction of Barth, cervix.

En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores, para concretar las publicaciones en términos maduración del cérvix con buscapina, añadiendo el término modificación cervical. Se completó la búsqueda acudiendo a tesis doctorales recientes y documentos de referencia, como guías de práctica clínica.

Por último realizamos una encuesta telefónica a más de 5 matronas por cada Hospital de la provincia de Cádiz, y así poder realizar un cuadro que mostramos en los resultados del trabajo con los diferentes usos y dosis utilizadas.

## RESULTADOS

Los datos obtenidos tras entrevistar a varias matronas de cada uno de los hospitales de la provincia de Cádiz los vemos en la siguiente tabla:

	Situación	Posología
H. Puerta del Mar (Cádiz capital)	Ante rigidez y edema cervical, independientemente de la dilatación y más frecuentemente para rechazar un último reborde cervical edematoso.	20 mg. i.v. en SF100cc, administrados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A gravedad, independiente de la contracción (velocidad media)</li> <li>• En el acmé de la contracción (velocidad rápida), cerrando la infusión entre contracciones.</li> </ul>
H. Puerto Real	Ante rigidez y edema cervical, independientemente de la dilatación y más frecuentemente para rechazar un último reborde cervical edematoso.	20 ó 40 mg. i.v. en bolo directo en el acmé de la contracción.
H. Jerez	Ante rigidez y edema cervical, independientemente de la dilatación y más frecuentemente para rechazar un último reborde cervical	20 ó 40 mg. i.v. en SF50cc ó 100cc, administrados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A gravedad, independiente de la contracción (velocidad media)</li> <li>• En el acmé de la contracción (velocidad rápida), cerrando la infusión entre contracciones.</li> </ul>
H. Punta Europa	Ante rigidez y edema cervical, independientemente de la dilatación y más frecuentemente para rechazar un último reborde cervical.	40 mg. i.v. en RL500cc o SF a gravedad independientemente de la contracción (velocidad media)
H. La Línea	Ante rigidez y edema cervical, independientemente de la dilatación y más frecuentemente para rechazar un último reborde cervical	40 mg. i.v. en RL500cc o SF a gravedad independientemente de la contracción (velocidad media)

Análisis del uso en la provincia:

- Comprobamos que no existe criterio unificado respecto al uso del medicamento:
- La variabilidad tanto en la dosis como en la manera de administración es enorme pues, según el profesional, incluso en el mismo centro, se pueden colocar 1 ó 2 ampollas y diluirse en cantidades muy variables de SF o Ringer Lactato.
- El hacer coincidir dicha administración intravenosa con el acmé de la contracción o no, es igualmente variable en cada hospital, encontrando incluso algunos como Jerez y Puerta del Mar donde se administran de ambas maneras.
- La velocidad de infusión del medicamento es otro punto de discordia entre hospitales, variando desde el bolo directo hasta la velocidad media en infusión continua y pasando por la administración rápida en el acmé de la contracción.
- En cuanto a la administración del medicamento, todos los hospitales coinciden en que esta sea intravenosa.
- Otra coincidencia entre hospitales es administrar Buscapina ante rigidez y edema cervical en cualquier momento de la dilatación aprovechando su efecto espasmolítico. Además, suele ser bastante utilizado para rechazar el último reborde de la dilatación y acortar esta fase.

Revisión de la bibliografía:

- La dosis y forma de administración de Buscapina varían de un estudio a otro:
- En dos de ellos la vía es rectal y se administran 20 mg<sup>2</sup> y 10 mg<sup>5</sup> respectivamente.

- En otros tres estudios, el medicamento se administra vía intravenosa sin especificar dilución alguna<sup>1,3,4</sup>. En dos de ellos utilizan 20mg<sup>3,4</sup> mientras que en el restante estudio se utiliza 40mg<sup>1</sup>.
- En los estudios revisados se concluye que con la utilización de Buscapina obtendremos una dilatación cervical más rápida y un visible acortamiento de la primera fase del parto<sup>1,2,4,5</sup>.
- Por el efecto espasmolítico que el medicamento ejerce sobre la musculatura cervicovaginal se evidencia una dilatación más rápida que a su vez se traduce en un acortamiento de la primera etapa del parto. Es un elemento a tener en cuenta ante casos de enlentecimiento o detención de la dilatación<sup>1,2,4,5</sup>.
- Según Aggarwal, Zutshi y Batra<sup>1</sup> la administración de Buscapina está relacionada con el alivio del dolor. Evidenciaron una reducción del mismo del 36% tras el uso de la Escala Visual Analógica (EVA), aunque concluyen la necesidad de realizar más estudios sobre el tema.
- En ningún estudio se evidenciaron efectos adversos fetales ni maternos a corto plazo derivados del uso de este medicamento.
- Ni las guías NICE ni en la Guía de Atención al Parto Normal del SNS se refieren al uso de Buscapina intraparto.

## DISCUSIÓN

- El uso de la Buscapina es más empírico que científico.
- La variabilidad en la forma de administración observada y su ausencia en protocolos ni en guías de

práctica clínica hacen necesario el análisis de la situación real y seguir estudiando sobre el tema.

- El empleo del fármaco es seguro independientemente del modo de administración, tanto para la madre como para el feto según la evidencia. Esta afirmación incrementa la variabilidad del manejo y su uso empírico más que científico.
- La utilización del fármaco debe individualizarse y restringirse a aquellos casos en los que tras emplear otras técnicas menos invasivas no se consiga un adecuado progreso de la dilatación, ya que aunque, a pesar de ser seguro, ocasiona efectos secundarios maternos desagradables (taquicardia).
- No se puede recomendar como método para alivio del dolor ya que la evidencia al respecto es muy escasa y hacen falta más estudios que integren este resultado como parte de los efectos de Buscapina. Esta sería una línea de investigación a tener en cuenta para futuros estudios.
- Planteamos la necesidad de estudiar cual es la indicación más beneficiosa, donde obtengamos el máximo rendimiento de los efectos del fármaco y el mejor momento de utilización, evitando su uso indiscriminado y rutinario.
- Proponemos elaborar un estudio comparativo de las distintas formas de utilización e indicaciones, con el objetivo de evaluar la más eficaz, unificando criterios y elaborando un protocolo, elementos fundamentales para la correcta utilización del método y otorgar carácter científico a nuestro quehacer diario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aggarwal P, Zutshi V, Batra S. Role of hyoscine N-butylbromide (HBB, buscopan) as labor analgesic. *Indian J MedSci*. 2008 May;62(5):179-84. Disponible en: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2008/62/5/179/40982>
2. Makvandi S, Tadayan M, Abbaspour M. Effect of hyoscine-N-butylbromide rectal suppository on labor progress in primigravid women: randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Croat Med J*. 2011 Apr 15;52(2):159-63. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081214/pdf/CroatMedJ\\_52\\_0159.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081214/pdf/CroatMedJ_52_0159.pdf)
3. Gupta B, Nellore V, Mittal S. Drotaverine hydrochloride versus hyoscine-N-butylbromide in augmentation of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Mar;100(3):244-7. Disponible en: <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/sciencedirect/science/article/pii/S0020729207005838>
4. Samuels LA, Christie L, Roberts-Gittens B, Fletcher H, Frederick J. The effect of hyoscine butylbromide on the first stage of labour in term pregnancies. *BJOG*. 2007 Dec;114(12):1542-6. Disponible en: <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/online/wiley/doi/10.1111/bjo.2008.115.issue-8/issuetoc>
5. SIROHIWAL, D., DAHIYA, K. and DE, M. (2005), Efficacy of hyoscine-N-butylbromide (Buscopan) suppositories as a cervical spasmolytic agent in labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45: 128–129. Disponible en: <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/online/wiley/doi/10.1111/j.1479-828X.2005.00359.x/abstract>
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline 2007*. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Sistema Nacional de Salud.

## DÍA DE LA MATRONA 2014

Tras varias vicisitudes, finalmente el día 14 de junio se celebró la Jornada en Conmemoración del Día de la Matrona en el cual tuvimos un encuentro muy fructífero. La asistencia estuvo compuesta por 120 matronas que se unieron en Antequera para compartir una mañana de contacto con la profesión.

La jornada comenzó con la defensa de las diez mejores comunicaciones en formato póster presentadas para el evento resultando ganadora la presentada por Encarnación Martínez (Granada) y titulada "Identificar precozmente la depresión postparto: una competencia de la matrona". Para el encuentro se presentaron un total de 84 comunicaciones tipo póster de las cuales el 12 % correspondían a estudios descriptivos y el 80% a revisiones temáticas importantes para la profesión (cuidados del recién nacido, competencias de la matrona, cuidados de la salud mental de la embarazada,...)

A continuación, Aroa Vaello (Cádiz) nos incitaba y nos guiaba en la reclamación de nuestras competencias de cara a la administración. Estefanía Jurado (Sevilla), arrojaba luz a la situación de la investigación en nuestro colectivo, tratando aspectos como razones para investigar, afrontamiento de las dificultades que aparecen en el proceso de desarrollo de una investigación, temáticas, etc. Entre las conclusiones que nos presentó podemos destacar la que alude a la calidad científica, en la que afirma

que "Para poder avanzar bajo el prisma de la calidad y la excelencia es necesario trabajar desde la autocritica el cuestionamiento de lo realizado y estar motivadas para poder trabajar con rigor".

Margarita Fernández Zárte, matrona, abogada y principal exponente del recién creado Comité Ético de la Asociación, realizó la última intervención titulada "Tu práctica diaria dentro de un marco legal", donde profundizó en aspectos tan significativos como el consentimiento informado.

Tras las tres ponencias tuvo lugar la Asamblea de la AAM en la que se pusieron en relieve todas las iniciativas, cursos y acciones puestas en marcha por la AAM y las futuras movilizaciones.

Se nos citó también para el próximo encuentro científico que está organizando la Asociación. Será en Octubre de 2015, en Sevilla. Se celebrará el IV Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Se está trabajando en un programa que resulte muy atractivo para la profesión y desde nuestro boletín os incitamos a realizar trabajos de investigación que podáis compartir en este evento eminentemente científico. Contáis con el apoyo del comité científico en cualquier aspecto que podáis necesitar.

## RECIENTE PUBLICACIÓN DE INTERÉS.

El Sistema Nacional de Salud, a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha publicado en Mayo de 2014 la Guía de Práctica Clínica de Atención en el

Embarazo y Puerperio. Herramienta indispensable ya que aporta las recomendaciones en la atención en el embarazo y el puerperio basadas en la revisión de la evidencia científica. Como objetivo de toda guía ayuda a la toma de decisiones.

En ella encontramos aspectos tan importantes como las recomendaciones sobre los estilos de vida durante el embarazo, las vacunas durante el mismo o la salud mental en el puerperio.

A destacar en esta guía en el capítulo de "Visitas y seguimiento durante el embarazo" aparece como una evidencia de calidad alta el hecho de que "En mujeres con un embarazo sin complicaciones un modelo de cuidados coordinado por matronas y médicos de familia no aumenta el riesgo de sufrir complicaciones maternas o perinatales" y como recomendación fuerte que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el médico/a de familia, con la participación del resto de los/las profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente.

Sobre este aspecto encontramos la sugerencia de que las visitas prenatales programadas en las gestaciones sin complicaciones puedan coordinarse por matronas. Dicha recomendación apoya el modelo que es seguido en muchas partes de nuestro país pero que está mermando como ya hemos constatado por la reducción significativa del número de matronas

en Atención Primaria. Andalucía en una de las comunidades que sufre la escasa representación en Atención Primaria en provincias como Jaén y Córdoba, donde la coordinación no puede realizarse por matronas ya que estas son prácticamente inexistentes.

La Junta Directiva



# PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AAM

- Si tenéis alguna noticia de vuestra zona o centro de trabajo, algún artículo o proyecto que quieras compartir con el resto de compañer@s no dudéis en enviarlo a la secretaria de la AAM.
- Igualmente seguimos esperando noticias o artículos de Unidades Docentes de Matronas



## ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.aamatronas.org - secretaria@aamatronas.org

Recorta y envía este cupón debidamente cumplimentado a la dirección que se indica. Por favor, rellene el impreso a máquina o con mayúsculas.

Nombre y apellidos .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Teléfono .....

D.N.I. .... Fecha nacimiento ..... Email .....

Centro de trabajo .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

OBSERVACIONES .....

ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

C/ Martínez de León nº 2, 1º C - 41100 Coria del Río. Sevilla.

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2012: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos .....

Banco / Caja .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta
□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socia/o, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha: .....

Firma.

## STAFF

### Diseño y Maquetación:

Carolina Sánchez

### Comité de Redacción:

Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

### Dirección:

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
secretaria@aamatronas.org  
www.aamatronas.org

### Edición, producción y suscripciones:

**Serintusur**

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
info@serintusur.com

Depósito legal: SE-748-2003  
ISSN: 1988-4133

*Asociación  
Andaluza  
de  
Matronas*®