

## SUMARIO

## - EDITORIAL:

- RECAPITULAMOS PARA CONTINUAR DESDE NUESTRA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS.

## - ARTÍCULOS:

- ABORDAJE DE LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA Y SÍNDROME GENITOURINARIA EN LA TRANSICIÓN MENOPÁUSIACA.

Jurado-García E. y Baena -Antequera F.

- EL VIRUS DEL ZIKA EN EL EMBARAZO.

Baena Molina, D., Partida Márquez, A. L. y Escamilla Gómez, V.

- VACUNACIÓN DE LA TOSFERINA EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA NIDO.

Corcuera Ortíz de Guzmán, L., Palomo Gómez, R., Gilart Cantizano, P., Rodríguez Díaz, L. y Vázquez Lara, J.



## RECAPITULAMOS PARA CONTINUAR DESDE NUESTRA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

Comienza un nuevo "curso", se retoman poco a poco las actividades y después del período estival, la Asociación Andaluza de Matronas continúa con la lucha para conseguir la mejora de la visibilización de nuestra profesión y el desarrollo más pleno de nuestras competencias. Queremos recordaros cuáles son las acciones que se están llevando a cabo y nuevamente volver a recalcar que cada matrona es bienvenida a estas y otras actividades, líneas de trabajos y movimientos que se quieran realizar. La Asociación somos todos/as...

Una de las líneas de actuación está centrada en conseguir una visibilidad a nivel de la matrona en la esfera política de nuestra comunidad autónoma, el objetivo: estar presente de una manera inclusiva en los emplazamientos políticos donde se debaten y se toman decisiones que se infieran al sistema sanitario y específicamente que afecte a las matronas. Para esto se han producido un elevado número de reuniones con representantes políticos para, primero, informarles de nuestras competencias y de su escaso desarrollo actual y, segundo, pedir su apoyo de cara al expresar esta situación en el Parlamento. Estas reuniones han dado de sí la aprobación, el pasado 25 de Mayo, de una Proposición No de Ley (PNL), de la cual informamos con un boletín específico, que abre un camino a la materialización de aumentar la presencia y las funciones para las que nuestra profesión está capacitada. A día de hoy seguimos trabajando en los puntos clave que se acordaron en esa PNL que son los siguientes:

**Punto 1:** Garantizar a las mujeres andaluzas una prestación sanitaria adecuada en atención sexual, reproductiva, embarazo, parto, puerperio, atención primaria, en la debida prestación de información y asesoramiento adecuados sobre planificación familia y en el cumplimiento de programas de preparación y prevención, a través de las matronas como profesionales públicos más cualificados trabajando en colaboración con otros profesionales sanitarios que intervienen en los procesos asistenciales (Aprobada por unanimidad).

**Punto 2:** Velar por el cumplimiento efectivo a la normativa europea y nacional que reconoce las competencias profesionales de las matronas. (Votado por unanimidad).

**Punto 3:** Adscribir a las matronas, en el plazo de tres meses, a los Equipos Básicos de Profesionales de las Unidades de Gestión Clínica configuradas en Atención Primaria y no a los Dispositivos de Apoyo, modificando para ello la sección 2ª de Estructura funcional, recogida en el Capítulo II de Distritos de Atención Primaria, del Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de Salud en ámbito del Servicio Andaluz de Salud. (Voto en contra del PSOE).

**Punto 4:** Contratar, en el ejercicio 2016, las matronas necesarias para su incorporación a los Equipos Básicos de Profesionales de las Unidades de Gestión Clínica mientras se pro-

cede a la convocatoria o aprobación de la oferta de empleo pública habilitante tanto para los años 2018. La Consejería de Salud aprobará la planificación necesaria para incorporar en el equipo Básico de Profesionales de las Unidades de Gestión Clínica configuradas en Atención Primaria a las matronas, dando prioridad en la contratación, mientras se aprueban y desarrollan la oferta de empleo público necesaria para cubrir las plazas, a las provincias con menor presencia de matronas, comenzando por Córdoba y Almería, en centros de atención primaria de Andalucía. Dicha planificación deberá estar concluida en enero de 2017.

**Punto 5:** Que en todos los hospitales de Andalucía y en especial en aquellos de las provincias con los peores ratios de profesionales (Matronas) con respecto a la media andaluza se contrate y ocupen de manera urgente los puestos de enfermería en los servicios de ginecología y obstetricia, Urgencias, planta de hospitalización ginecología, planta de tocología, planta de puerperas (posparto), consultas de ginecología, con-

sultas de embarazo, consultas de bienestar fetal y paritorio. (Votado por unanimidad).

**Punto 6:** Realizar un inmediato estudio por parte de la Consejería de salud, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario, que identifique las necesidades reales de las matronas en cada una de las provincias andaluzas. Mediante la aplicación de criterios de ratio de mujeres desde las adolescencia a su climaterio asegurando una atención de calidad y así quede reflejada en la planificación (Aprobado por unanimidad)

**Punto 7:** La Consejería de Salud con Instituto Andaluz de la Mujer, realizará a partir de 2017 campaña informativa en los Centros de Atención Primaria sobre las competencias y función de las matronas (Aprobado por unanimidad).

**Punto 8:** Todos los centros de atención primaria contarán con matrona en 2019, año de finalización de la X Legislatura (aprobado por unanimidad).

Como AAM nuestra misión es apoyar y comprobar que todos los puntos aprobados se van desarrollando y se ponen en marcha iniciativas para cumplirlos. Unos de los puntos en los que más podemos y debemos hacer es la visibilización de nuestro trabajo de cara a la sociedad y principalmente la mujeres (punto 7) . No olvidemos que si son ellas las que no reclaman tendremos gran parte de la lucha ganada.

En esa línea y a raíz de uno de los encuentros decisivos que se han producido en el pasado mes de mayo, concretamente el día 3, ha sido la reunión con el Consejero de Salud, el Sr. Aquilino Alonso. A ella acudieron Carmen Rodríguez (Presidenta), Cristina Molina (Vicepresidenta), Paqui Baena (Secretaria) y Pepe Ruíz (Tesorero). Aunque en un principio la reunión era solamente con el Consejero, finalmente también estuvieron el Gerente del SAS, el Sr. José María Aranda y la Directora del Plan Integral de Cuidados, Dña. Nieves Lafuente.

En dicha reunión se debatió la situación actual de nuestra profesión haciendo hincapié fundamentalmente en la situación de desigualdad que viven las mujeres andaluzas, habiendo áreas geográficas en Jaén, Córdoba y Almería donde la atención de la matrona en el embarazo es nula. Por su parte nos comunicaron que eran conscientes de dicha realidad y que el objetivo de dicha reunión es encauzar un trabajo de documentación para estimar la plantilla necesaria de matronas para atender a las mujeres andaluzas en igualdad y poder ir abordándola paulatinamente. Coincidimos en que es necesario empezar por Atención Primaria donde la situación es apremiante pero también se trató del ámbito hospitalario.

Este hecho viene a colación de la recientemente presentada "Estrategia para la renovación de Atención Primaria" del Servicio Andaluz de Salud, en un acto multitudinario, que reunió a todas las/los gestores del SAS junto con los representantes de Asociaciones y la cúpula directiva de la nuestro servicio sanitario. En dicha Estrategia se abre una luz para el camino emprendido, podemos encontrar en su Propuesta segunda de actuación lo siguiente:

"Dentro del trabajo de la enfermería aumentar la presencia de las matronas en AP, definiendo las necesidades en función del número de nacidos y de las actividades a realizar por las mismas".

Como podéis ver queda mucho trabajo por hacer para poder ir recuperando los puestos que por capacitación corresponden a nuestra profesión. El hecho de que se esté recorriendo este camino, no quita que podáis encontrar situaciones que van justamente para el lado contrario: que allí donde haya una matrona se sustituya por otro "profesional" sin capacitación específica. Cada vez que esto ocurre, y si tenemos constancia de ello, contactamos con la Dirección correspondiente y emprendemos acciones para evitarlo. No siempre se obtienen buenos resultados, pero tened la certeza de que desde la Asociación se actúa.

La Junta Directiva

# ABORDAJE DE LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA Y SÍNDROME GENITOURINARIA EN LA TRANSICIÓN MENOPÁUSICA

Jurado-García E. y Baena -Antequera F.

Matronas y Profesoras del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria Francisco Maldonado

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la menopausia ha sido considerada un problema médico en la mayoría de países occidentales. De modo que asociados a los sofocos y a la sequedad vaginal de la perimenopausia se justifican otros síntomas: psicológicos, fatiga, irritabilidad, síndrome premenstrual, alteraciones de estado del ánimo, cambios en la piel, alteraciones musculoesqueléticas, trastornos del equilibrio etc.

Visto así pudiera decirse que el verdadero problema de la mujer en esta etapa de su ciclo vital tal vez sea el mismo hecho ser mujer y es que ya en 1981 la Organización Panamericana de salud reconocía (OPS): "La circunstancia social más evidente que afecta a la salud de las mujeres es su condición de ser mujer". Cita que sigue siendo cierta hoy. De hecho en la actualidad se sabe que la Salud tiene género y se enferma de modo distinto en función del rol de género que se juegue y también según el sexo biológico que se tenga.

En este contexto, estudios multiétnicos sugieren que las respuestas de las mujeres al cese de la menstruación pueden estar relacionadas directamente con factores culturales. Lo cuales pueden influir no sólo en la experiencia de la menopausia, sino también en las actitudes y la percepción de la menopausia entre las mujeres. Por lo que a la hora de diseñar intervenciones de cuidados, estos deben tenerse presentes<sup>1,2</sup>.

En España estos cuidados se aplicarían, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de enero de 2011, a una población de más de 4 millones de mujeres que se pueden encontrar dentro del período de la perimenopausia, lo que supone más de un 12 % de toda la población femenina de nuestro país. Si además consideramos que actualmente la esperanza de vida de la mujer se encuentra en torno a los 82 años quiere decirse que un tercio de la vida sucederá en la postmenopausia.

Cambios en la terminología sugieren hablar de transición menopáusica al referirnos a la perimenopausia. Así, resulta el siguiente esquema terminológico<sup>3</sup>:

Transición menopáusica que se establece desde el momento en que aparecen las alteraciones del ciclo menstrual y se eleva el nivel sérico de FSH, hasta el final de las menstruaciones (12 meses después de la última regla). La etapa -2 (transición temprana) se caracteriza por una duración variable de los ciclos (más de 7 días en un ciclo normal de 21 a 35 días). La etapa -1 (transición tardía) se caracteriza por la ausencia de dos o más ciclos, con un periodo de amenorrea de más de 60 días. Perimenopausia que significa "alrededor de la menopausia" y empieza en la etapa -2 de la tran-

sición temprana se caracteriza por una duración variable de los ciclos (más de 7 días en un ciclo normal de 21 a 35 días). La etapa -1 (transición tardía) se caracteriza por la ausencia de dos o más ciclos, con un periodo de amenorrea de más de 60 días. Perimenopausia que significa "alrededor de la menopausia" y empieza en la etapa -2 de la transición menopáusica y termina 12 meses después de la última regla.

La sensibilidad a la fluctuación hormonal se altera más en la transición menopáusica que en la menopausia por lo tanto donde hay que trabajar más es en esta etapa.

Menopausia que es una condición que se alcanza cuando han pasado más de 12 meses de la última regla. Con ella se expresa la completa o casi completa depleción folicular y la ausencia de la secreción ovárica de estrógenos.

Posmenopausia donde La Etapa +1 (posmenopausia temprana) comprende los cinco primeros años después de la última regla. Se caracteriza por el cese definitivo de la función ovárica, suele acompañarse de una pérdida acelerada de la masa ósea y muchas mujeres manifiestan síntomas vasomotores en ella. La etapa +2 (posmenopausia tardía) es un periodo amplio que continúa desde el quinto año de la última regla hasta el final de la vida.

Podría afirmarse que, desde el punto de vista endocrino, la variabilidad inter- e intra-individual es la norma, por lo que las determinaciones hormonales carecen de una clara utilidad clínica para el diagnóstico de la perimenopausia. En este sentido la edad de la mujer y el patrón de sangrado menstrual pueden ser los factores más útiles en la determinación de la probabilidad de acercarse a la menopausia, a menos que el patrón de sangrado menstrual se vea alterado por la anticoncepción hormonal.

Por estos motivos la menopausia suele diagnosticarse clínicamente y de forma retrospectiva después de 1 año de amenorrea<sup>4</sup>.

## TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA

La mayoría de las mujeres no necesitan tratamiento para su sintomatología vasomotora, o ésta se alivia siguiendo los hábitos saludables recomendados.

No obstante, se estima que en el 20% (aproximadamente una de cada cuatro) de ellas repercute de un modo significativo en su calidad de vida por tanto requerirán de algún tipo de tratamiento médico<sup>5</sup>.

## SOFOCOS

Los sofocos son el síntoma más común en las mujeres perimenopáusicas y más comunes al final de la transición menopáusica y en la posmenopausia temprana.

Para muchas mujeres es solo una sensación de calor transitoria, en cambio para otras puede suponer una molestia considerable o incluso un verdadero obstáculo para su vida social o profesional.

Suelen comenzar como una repentina sensación de calor en la parte superior del pecho y la cara. Luego, la sensación de calor se disemina por todo el cuerpo y tiene una duración de 30 segundos a cuatro minutos. Pueden ocurrir una o dos veces al día o tan a menudo como una vez por hora durante el día y la noche. La mayoría de las mujeres que tienen sofocos los seguirán teniendo durante un promedio de dos a cuatro años.

Algunas mujeres sudan durante el sofoco y luego sienten escalofríos y tiemblan cuando finaliza el sofoco. En otras se acompaña de una sensación de ansiedad o palpitaciones durante el sofoco.

Respecto a su origen no está claro lo que provoca los sofocos pero sí que van asociados a momentos de stress (utilizar como termómetro emocional) que a veces, los provocan o aumentan su intensidad.

Ligados a estos encontramos otra sintomatología que hay que diferenciar debidamente:

**Sudoración nocturna.** Cuando los sofocos ocurren durante el sueño se denominan sudores nocturnos. Los sudores nocturnos pueden causar sudoración profusa y despertarle de su sueño porque se sienta fría o caliente. Esto puede ocurrir una o más veces por noche. Despertarse con frecuencia puede hacer que sea difícil conseguir un sueño reparador. Como resultado de la interrupción del sueño, muchas mujeres desarrollan otros problemas, como fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse y cambios de humor.

**Trastornos del sueño (insomnio).** Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres comienzan a tener problemas para dormirse o permanecer dormidas, aunque los sudores nocturnos no sean el problema. Los problemas del sueño pueden hacer que se sienta cansada e irritable al día siguiente. En estos casos la evidencia actual indica que es la caída de estrógenos la que interviene en la aparición de dichos trastornos desmontando la antigua teoría del dominó por la que los trastornos del sueño eran debidos a la aparición de los sofocos/sudoración nocturna.

**Abordaje con hábitos higiénico-dietéticos:**

- Muchas veces, los sofocos están relacionados con alguna situación concreta, identificarla puede ayudar a evitar que se repitan.
- Procurar no utilizar tejidos sintéticos y evitar la ropa con cuello alto y/o mangas largas.
- Bajar la calefacción y ventilar bien el dormitorio. En invierno eliminar alguna manta.
- Recordar que el tabaco perjudica su salud y además, puede aumentar los sofocos. Si fuma, es un buen momento para dejar de fumar.
- Algunas bebidas (café, alcohol, bebidas de cola...) y también algunos alimentos (platos azucarados, salados, las sopas calientes...) pueden provocarlos. Recomendables los zumos de naranja,

limón o pomelo.

- Hacer ejercicio regular (caminar 30-60 minutos/día) ya que las mujeres que hacen ejercicio regularmente suelen tener menos sofocos.

- Tener un abanico a mano.

## TERAPIA HORMONAL (TH)

Por "Tratamiento hormonal sustitutivo" (THS) entendemos un conjunto de hormonas, fundamentalmente estrógenos y progesterona o derivados, que se han utilizado durante los últimos 20 años en los países occidentales para corregir los síntomas derivados del hipoestronismo que acontece en torno a la menopausia.

Actualmente sabemos que la terapia con estrógenos solos (TE) o combinada con gestágenos (TH) es de primera elección y la que presenta un balance riesgo/beneficio más favorable ante mujeres con sintomatología moderada a severa. Ante la indicación de su uso, es recomendable utilizar la dosis mínima eficaz (puede reducirse gradualmente la dosis después de uno a dos años) a corto plazo (de dos a tres años y, en general no más de cinco años)<sup>6</sup>.

Pero en el uso de dichas THS hay un antes y un después desde que en 2002 sale a la luz el estudio WHY: entonces pasamos de un tratamiento que supone la panacea a ser un tratamiento poco menos que demonizado. Este estudio fue ensayo clínico realizado en EEUU llamado Iniciativa para la Salud de las Mujeres (WHI, de Women's Health Initiative), diseñado para evaluar la utilidad, en mujeres posmenopáusicas sanas, de los estrógenos en la prevención primaria de la enfermedad coronaria y del cáncer de mama. Sus resultados pusieron de manifiesto, por un lado, la ausencia de un efecto positivo en la prevención primaria de la enfermedad coronaria y el incremento del riesgo de cáncer de mama. En la misma línea en 2004 en el Reino Unido se publican los resultados de otro estudio denominado Million Women Study el cual evidencia que el uso prolongado de THS podría incrementar el riesgo de cáncer de mama en mujeres sanas.

Tal es la alarma social generada ante estos resultados que trascendieron del ámbito estrictamente profesional al social, los medios de comunicación promovieron en gran parte dicha alarma con publicaciones muy sensacionalistas, que se produjo el abandono masivo de los tratamientos por parte de las mujeres y el desconcierto y la pérdida de credibilidad de muchos médicos.

Esto conlleva al análisis detallado de dichos estudios y lo que podemos concluir a día de hoy es que las recomendaciones de todas las sociedades científicas es tratar con TH cuando hace falta <sup>7,8,9,10</sup>.

## FISIOTERAPIA

No obstante, y a pesar de su indudable eficacia, los índices de seguimiento de la TH son relativamente bajos por parte de las mujeres, lo cual responde a varias razones: la menopausia es percibida como un fenómeno natural, por temor a los posibles efectos secundarios del tratamiento, o por miedo al cáncer, o simplemente por la percepción de la THS como una manipulación farmacológica de seguridad incierta, hecho este último potenciado como vimos por la repercusión mediática de los estudios anteriormente citados

(Women's Health Initiative Trial and Million Women Study).

Así pues, la posibilidad de utilizar medidas terapéuticas alternativas, y entre ellas y de manera muy principal la Fitoterapia, ha ido ganando interés entre las pacientes y el personal sanitario, y ha ido definiéndose en la práctica clínica a lo largo de los últimos años.

La Fitoterapia se define como la ciencia que estudia la utilización de los productos de origen vegetal con finalidad terapéutica. En los últimos años viene acumulándose una cantidad creciente de evidencias clínicas que sustentan el uso de preparados a base de plantas para el tratamiento de muy diversas afecciones, y concretamente para el abordaje terapéutico de los problemas derivados de la menopausia.

Definitivamente el tratamiento con fitoterapia se plantea como una alternativa terapéutica en aquellas mujeres con síntomas vasomotores que no puedan o no quieran utilizar estrógenos. Si se emplean fitoestrógenos, se recomienda que el preparado contenga una dosis de 40-80 mg con un mínimo de genisteína de 15 mg/día. En el caso de la Cimicífuga racemosa, ésta se utiliza en dosis de 40 mg/día 11,12.

## TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA UROGENITAL

La atrofia vaginal es la consecuencia de la disminución de estrógenos circulantes, que se produce durante la menopausia. Actualmente se está produciendo un cambio terminológico en lo que respecta al concepto de atrofia vaginal y se tiende a hablar de síndrome genitourinario para referirnos a todos aquellos síntomas de atrofia del aparato genitourinario entre los que se incluyen: la sequedad vaginal, incontinencia urinaria e infecciones del tracto urinario recurrentes, dispareunia, y a veces disfunción sexual, los cuales son más frecuentes durante el final de la transición menopáusica y los años posmenopáusicos.

A pesar de la frecuencia y el impacto de los síntomas de atrofia vaginal existen barreras para el diagnóstico ya que a sólo 1 de cada 4 o 5 mujeres posmenopáusicas que sufren de síntomas de atrofia vaginal buscan atención médica. En consecuencia, en la atención de la mujer menopáusica se hace necesaria la identificación del problema y evaluar de forma rutinaria la presencia de signos y síntomas de atrofia vaginal y su interferencia en la esfera sexual y la calidad de vida 13.

Las paredes vaginales se vuelven más delgadas, menos elásticas y pierden parte de su humedad natural. La lubricación vaginal durante las relaciones sexuales también puede disminuir, pero tarda más en manifestarse

Aunque la sequedad vaginal sólo afectaría en los casos de desear tener una relación sexual con penetración, pero si se ha tenido una vida sexual activa antes de la menopausia, posiblemente, tendrá menos sequedad después. Además, hay mujeres en las que no aparece. Cabría considerar también que si durante la relación sexual la mujer no está húmeda es porque no esté lo suficientemente excitada o realmente no desee una relación en ese momento o de determinado tipo 14.

Abordaje con hábitos higiénico-dietéticos:

- Cuando la sequedad vaginal interfiere en las relaciones sexuales,

conviene dedicar más tiempo al juego amoroso, ya que esta medida permite aumentar la lubricación vaginal natural. Las caricias y el masaje erótico y mejoran la lubricación vaginal. Y tanto la actividad sexual frecuente como la masturbación mejoran la salud vaginal en general.

- Los ejercicios de Kegel, refuerzan los músculos y por ello actúan contra la incontinencia urinaria y hacen que las relaciones sexuales sean más agradables.
- Dejar de fumar es recomendado por su beneficio para la salud, el tabaco produce déficit de estrógenos.
- Es muy importante una dieta saludable también de cara a la sintomatología urogenital puesto que IMC > 27 Kg/m<sup>2</sup> aumenta el riesgo de padecer sequedad vaginal.
- Considerar que el ejercicio físico extenuante favorece la atrofia vaginal.
- Evitar el uso de jabones o desodorantes agresivos así como la ropa interior sintética.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para las mujeres con síntomas leves de atrofia urogenital, se considera de primera elección la utilización de hidratantes vaginales a base de policarbofilo (base polimérica que retiene agua), o liposomas que actúan como un sistema bioadhesivo, que se fija en las células vaginales y liberan agua. Permanecen mientras se descama el epitelio (48-72 h.) y son eficaces para el alivio sintomático. Su uso debe ser regular con aplicaciones de dos-tres veces en semana.

Asociado a ello y para su uso durante la actividad sexual, los lubricantes vaginales proporcionan alivio de la sequedad e irritación vaginal a corto tiempo, y hacen que la actividad sexual sea más confortable disminuyendo la fricción tisular.

La terapia hormonal (TH) con estrógenos por vía vaginal es efectiva para tratar los síntomas de la atrofia genitourinaria. Puede mejorar las disfunciones sexuales por dolor relacionadas con el adelgazamiento y la sequedad vaginal, aparte de aumentar, por su efecto vasodilatador, la irrigación de vagina, clítoris y uretra, mostrando un efecto beneficioso sobre la función sexual.

Apenas tiene absorción sistémica ni repercusión endometrial, por lo que durante su uso no se requiere seguimiento médico específico alguno. Los estrógenos tópicos restablecen el pH normal de la vagina, restituyen la microbiota habitual de lactobacilos, aumentan el trasudado vaginal, y previenen recurrencias de infecciones urinarias. En definitiva se plantean las siguientes recomendaciones:

- Para las mujeres con síntomas moderado a severos, o para aquellas en las que las cremas hidratantes y lubricantes no sean efectivas, se recomienda una dosis baja de estrógeno vaginal.
- A excepción de las mujeres con cáncer de mama, casi todas las mujeres posmenopáusicas son candidatas para la terapia con estrógenos vaginales.

Tratamientos alternativos basados en la homeopatía y en plantas medicinales precisan una mayor investigación para establecer su eficacia 15.

## CONCLUSIÓN

La evidencia disponible destaca la labor educadora de la matrona en los hábitos de la salud de la mujer, donde ésta contribuye enormemente a la adopción de costumbres saludables que se verán reflejadas en comportamientos óptimos, conocimientos y preocupaciones razonables, acerca de cómo conseguir una mejor calidad de vida y un uso correcto y adecuado de los recursos que la naturaleza, el propio organismo y el sistema de salud les ofrece 16,17.

El caso concreto de las mujeres que se hallan en la transición menopáusica, es pues una oportunidad excepcional (por todas las connotaciones que lleva implícita esa parte del ciclo vital en ellas) para que la Matrona desarrolle su tarea educativa.

Los objetivos generales que cabría plantearse al respecto serían:

- Promover la calidad de vida, aportando conocimientos, capacitación y estímulo para tal fin. Labor tan necesaria considerando que la esperanza de vida actual hará que muchas mujeres vivan más tiempo dentro este ciclo vital que fuera de él.
  - Desmitificar creencias erróneas por cuanto hay de cultural en toda la vivencia de esta fase del ciclo vital.
  - Capacitar a las mujeres para que conozcan sus procesos vitales aumentando así el empoderamiento sobre sus cuerpos y sus vidas.
  - Apoyando y asesorando igualmente en el tratamiento.
- Todo esto sin olvidar que: para que esta tarea educativa sea realmente eficaz, la matrona debe pactar los objetivos a conseguir con la propia mujer, individualizando en cada caso para conseguir que el máximo beneficio para cada una de ellas se haga acorde a su historia de vida.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cancelo MJ. Síntomas en la perimenopausia y la postmenopausia. En: La Menopausia al inicio del sigloXXI. Vol I. Barcelona: Ed. Glosa S.L; 2009.
2. Leyva moral, J. M. Percepción de la menopausia entre las diferentes culturas: revisión de la literatura. *Metas de Enfermería*.2008; 11(2):10-14.
3. Sioba ´n D. Harlow. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*.2012; 19 (4): 1-9.
4. Tortora Grabowski. Principios de anatomía y fisiología, 9ª ed. Ed Oxford; 2002.
5. Palacios S et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la escala cervantes.*MedClin (Barc)*.2004; 122(6):205-11.
6. Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. *Obstet Gynecol*. 2010; 115:839.
7. Writing Group for the Women’s vHealth Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA*. 2002; 288:321-33.
8. Million Women Study, Estudio Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003; 362:419-27.
9. Klaiber EL, Vogel W y Rakko S. A Critique of the Women’s Health Initiative Hormone Therapy Study. *Fertility and Sterility*. 2005; 84(6):1589-1601.
10. Dueñas JL. Tratamiento hormonal sustitutivo en la osteoporosis posmenopáusica. Factores que apoyan su uso terapéutico.*ReumatolClin*2005; 1(2):81-3.
11. Asociación Española para el estudio de la Menopausia (AEEM). Fitoterapia y Menopausia. Grupo de Trabajo de Fitoterapia de la AEEM. Mayo 2012.
12. Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J. Fitoestrógenos para los síntomas vasomotores de la menopausia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 12. Art. No.: CD001395. DOI: 10.1002/14651858.CD001395.
13. Asociación española para el estudio de la Menopausia (AEEM). Menografía Salud Vaginal. Primera edición. Marzo 2014.
14. Fuentes M. Mujeres y salud desde el sur. Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género. 2ªed. Icaria-Milenrama.2005.
15. Asociación española para el estudio de la Menopausia (AEEM) MenografíaPerimenopausia. Primera edición: Junio 2012
16. Espinaco Garrido J et al. Educación para la salud: cambios en la forma de vivir el climaterio. *Hygia*.2004; XVI (58):31-37.

## 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



# EL VIRUS DEL ZIKA EN EL EMBARAZO

Baena Molina, D., Partida Márquez, A. L. y Escamilla Gómez, V.  
Matronas

## RESUMEN

Esta revisión de la literatura se centra en conocer el virus del zika y su repercusión materno-fetal, analizar la situación epidemiológica actual del virus del zika, conocer la forma de transmisión y clínica habitual, conocer las complicaciones de la infección por virus del zika, el tratamiento disponible y cuáles son las medidas preventivas recomendadas junto al protocolo actual.

## INTRODUCCIÓN AL VIRUS DEL ZIKA

En la historia de este virus fue detectado por primera vez en África (1947) en el bosque de Zika de Uganda en una colonia de monos Rhesus cuando se intentaba analizar un estudio acerca de la fiebre amarilla.

Cinco años más tarde se detectan los primeros casos en humanos en la misma zona. En sucesivos años se fue expandiendo pero no fue hasta 2003-2007 cuando el virus alcanza una extensión mayor por el pacífico en Polinesia, Malasia y Micronesia así como en países de África y Asia.

En 2015 es la primera vez que se detecta un brote en América, concretamente en Brasil, detectándose meses después por el CDC una mayor expansión de casos por toda América central y gran parte de América del sur.

Según datos de la OMS el número de países afectados en la actualidad asciende a 39 y se calcula que solo en Brasil hay 1.5 millones de personas afectadas.

El virus pertenece al género de los Flavivirus. Es de tipo ARN.

Está relacionado con el Dengue, la fiebre amarilla, encefalitis japonesa y el virus del nilo occidental. Tiene dos subtipos: Africano y Asiático: responsable del actual brote.

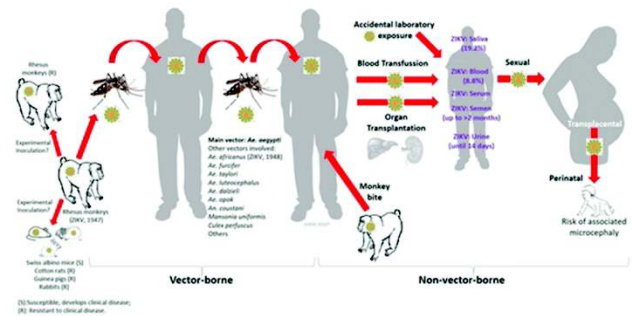
### Vectores y transmisión.

- La transmisión de este virus ocurre principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado del género Aedes. El que está causando el actual brote es el mosquito Aedes Aegypti que habita sobre todo las zonas de América Centro y Sudamérica.

- Para que exista contagio una persona infectada debe vivir en una de estas zonas y ser picada por el mosquito, que a su vez va a transmitir el virus a las siguientes personas que pique.

- En España habita otro de la misma familia el Aedes Albopictus (también conocido como mosquito tigre), en la costa litoral de España y es compatible con la transmisión de la enfermedad aunque aún no se han dado casos autóctonos.

- Pueden transmitir también el Dengue y el Cikungunya. Utilizan pequeños depósitos de agua o charcos para depositar los huevos y reproducirse. Viven cerca de las casas, suelen picar por el día y son agresivos



Gráfica donde se muestra la evolución desde el principio el paso del mono Rhesus al hombre y diferentes riesgos de transmisión. Al ser la transmisión sexual posible se recomienda abstenerse de realizarlas hasta confirmar diagnóstico en el varón. De ser positiva la serología se recomiendan 6 meses con preservativos si la pareja está embarazada. Si la pareja no está embarazada aconsejar preservativos hasta que se confirme diagnóstico en el varón e informar de la posibilidad de transmisión.

En Enero de 2016 se notifica por la OMS la expansión autóctona del virus en México, Centroamérica, Sudamérica y países Africanos y del Pacífico.

(Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana Francesa, Honduras, Panamá, Paraguay, Venezuela, Puerto Rico, Bolivia, Cabo Verde...)

Se han notificado 32 casos positivos de virus Zika en España a día 29 Febrero 2016 (entre ellos 5 embarazadas) y sanidad prevé que aumente su número a 250 al año, debido a la existencia del vector que puede transmitirla en 14 provincias

Un nuevo estudio publicado por la OMS descarta la transmisión del VZ a través de la lactancia materna y ya está incluido en [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)

## CLÍNICA

Hasta el 80% cursa de manera asintomática. Afecta a cualquier edad y en los Adultos presenta clínica con más frecuencia. La clínica suele ser leve y aparece de 3 a 12 días después del contagio.

Suele durar de 2 a 7 días y cursa con:

- Fiebre: que puede no ser muy alta y de aparición rápida (37.8 – 38.5 °C)
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival.
- Lesiones cutáneas maculo-papulosas: suele empezar en la cara y se extiende al resto del cuerpo acompañadas de prurito.
- Cefalea, Artralgias sobre todo en manos y pies y edema en MMII.

Menos frecuentes: síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, falta de apetito, dolor abdominal.

Ante un cuadro sospechoso de infección por este virus en los primeros 5-6 días tras la infección (fase aguda) puede ser detectado mediante test serológicos (ELISA o neutralización) específicos para detectar IgM o IgG frente a virus Zika. Se recomienda la confirmación de los resultados con un test de neutralización (PRNT). Pueden existir resultados positivos cruzados frente a otros flavivirus como el Dengue, por lo que se debe tener cuidado si en el pasado ha contraído dicha enfermedad por posible falso positivo. También es posible su detección mediante pruebas de RT-PCR. Usar un tubo habitual de serología (amarillo grande) para los test serológicos.

Si nace un RN vivo con evidencia de VZ materno se debe realizar:

- Determinación en sangre de cordón umbilical de IgM.
- Examen histopatológico en placenta y cordón.
- Estudio ARN del VZ en placenta y cordón.

## MÉTODO

Se procedió a una búsqueda en bases de datos Pubmed, Cochrane, easp (explora), acog, rcog.

Se usaron las palabras clave: virus, zika, pregnancy, con operadores AND/OR. En los últimos 5 años (2011-2016) al ser un tema de reciente incorporación.

Se rechazaron los artículos que no se adecuaron a los objetivos planteados en la revisión.

## RESULTADOS

La SEGO en colaboración con la OMS y el CDC ha elaborado una serie de directrices a llevar a cabo en toda gestante que haya sospecha como sigue:

Se ha de preguntar a toda gestante si ha viajado recientemente a regiones de transmisión de virus zika así como si han presentado síntomas de sospecha como:

- Fiebre de aparición aguda.
- Lesiones maculopapulares.
- Artralgias.
- Conjuntivitis no purulenta

Ante la sospecha de infección por virus Zika en una gestante o en gestantes asintomáticas en las que se detecta por ecografía microcefalia y/o calcificaciones intracraneales en el feto se deberá indicar un test serológico adecuado para la detección de VZ.

La gestante puede ser infectada en cualquier trimestre de gestación y la transmisión materno-fetal está suficientemente documentada.

En una gestante que se confirme presencia de VZ en suero o líquido amniótico se realizarán ecografías seriadas de seguimiento del crecimiento fetal cada 2 semanas.

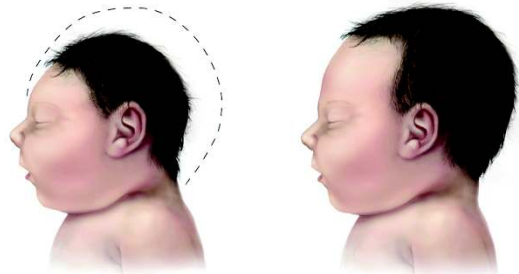
En un estudio muy reciente de la pediatra y directora del centro de estudios científicos de Brasil, Karin Nielsen y colaboradores en los EEUU publicado en "The New England Journal of Medicine" han descubierto la relación entre este paso al feto del VZ y un aumento

de complicaciones fetales como la microcefalia, oligoamnios, insuficiencia placentaria, muerte fetal intrauterina, lesiones en el sistema nervioso y ceguera.

El estudio recoge a 88 embarazadas, de las cuales 72 eran positivas al VZ.

También han evidenciado que aunque el virus no llegue al feto, puede causar daños a la placenta lo que puede provocar muerte fetal y han encontrado problemas en el feto a las 8 semanas, 22 semanas, 25 y 35 revelando que afecta de igual modo en una u otra etapa de la gestación.

No obstante, los estudios actuales intentan discernir el grado de implicación de este virus respecto a otros factores que provocan microcefalia como son: otras infecciones con patógenos diferentes, malnutrición, hábitos tóxicos, agentes ambientales, factores genéticos...



Desproporción entre el tamaño del cráneo y del resto del cuerpo (< 32 cm) durante el desarrollo del bebé se va haciendo más evidente.

Caso en España:

En España ya ha nacido el primer bebé de una madre que ha sufrido la infección por VZ, ha nacido prematuro y permanece en neonatalogía del Hospital universitario de Santiago (Galicia).

Contrajo la enfermedad en un viaje a Venezuela con 16 semanas de gestación.

Ingresó sin conocer que tenía el virus por un embarazo prematuro inminente.

Se le realizaron las pruebas de serología a VZ al conocer que había estado de viaje en Venezuela cuando se encontraba con 16 semanas de embarazo.

El bebé se encuentra estable y siguen su evolución para evitar complicaciones.

Tratamiento.

No hay tratamiento antiviral específico.

Tratamiento sintomático con: hidratación, antipiréticos y analgésicos.

Se empleará Paracetamol.

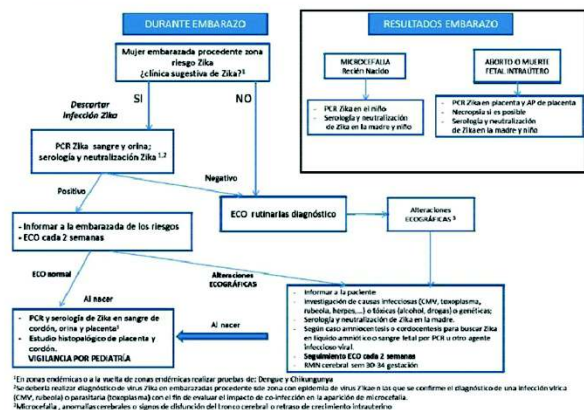
Evitar AINES hasta descartar que no se trate de DENGUE por el riesgo de sangrado que puede tener

Algoritmo de actuación en gestantes.

La SEGO junto a las organizaciones como la OMS y el CDC han creado un algoritmo de actuación ante una embarazada que presente historial de viaje durante el embarazo o con clínica compatible.



Anexo 1: Algoritmo de actuación en mujeres embarazadas procedentes de zonas con transmisión autóctona de virus Zika.



## CONCLUSIÓN

### Medidas preventivas recomendadas CDC/SEGO

Desde la SEGO con la colaboración del CDC y la OMS han creado recomendaciones específicas a las gestantes que vayan a viajar a países afectados o bien ya hayan viajado a los mismos.

Recomendaciones para gestantes que viajen a zonas de transmisión del VZ.

- Al no existir ninguna vacuna eficaz se recomienda la abstención de viajar a estos países.
- Si ya ha decidido el viaje y lo va a hacer, deberá realizar un seguimiento exhaustivo de medidas preventivas para la picadura del mosquito, que puede picar tanto dentro como fuera de lugares cubiertos y sobre todo de día:

Ropa de manga larga, usar repelentes de insectos debidamente

homologados, ropa tratada con permetrina y durmiendo en estancias con mosquiteras o con aire acondicionado.-

Los repelentes con (DEET) si son usados correctamente son seguros para las embarazadas.

La web del CDC ofrece información adicional sobre estos repelentes: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/avoid-bug-bites>

Recomendaciones para gestantes que ya han viajado a países de riesgo.

Se preguntará a toda gestante por viajes recientes.

En caso de tener clínica compatible o bien que haya realizado viajes recientes a estos países se aplicará el algoritmo ya visto para estas gestantes de riesgo.

Se deberá consultar a los departamentos de salud oficiales tanto nacionales como locales para sustentar los resultados obtenidos en las diferentes pruebas.

- Cada vez son más las personas afectadas por este virus que cursa en alto porcentaje asintomático por lo cual el número de afectados puede ser mayor al conocido.

- Conociendo la forma que se presenta y que medidas tenemos para su detección estamos más preparados ante un posible aumento del número de afectados.

- Siguiendo las medidas preventivas ayudamos a que haya menos riesgo de contagio a la gestante.

- Su relación con complicaciones materno-fetales como la microcefalia es un problema de salud pública a tener muy en cuenta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Virus Zika. Conducta ante la aparición de un brote durante la gestación. S.E.G.O. Texto electrónico (pdf). [Consultado el 09/03/2016] Disponible en: [www.sego.es/Content/pdf/VIRUS\\_ZIKA\\_DOCUMENTO.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/VIRUS_ZIKA_DOCUMENTO.pdf)
2. Ivys A. Figueroa Sánchez, MS. Catedrática Auxiliar y Especialista en Salud. Departamento de Educación Agrícola. La fiebre por virus zika: enfermedad emergente en Puerto Rico. Texto electrónico (pdf) Disponible en: [www.uprm.edu/cms/index.php?a=file&fid=11927](http://www.uprm.edu/cms/index.php?a=file&fid=11927)
3. Virus del Zika. Asociación de Microbiología y Salud (AMYS). Recurso electrónico. Disponible en: <http://www.microbiologiaysalud.org/noticias/virus-de-zika/>
4. Rodriguez-Morales AJ, Bandeira AC, Franco-Paredes C. Ann ClinMicrobiolAntimicrob. Pubmed. 2016 Mar 3;15(1):13. Theexpanding spectrum of modes of transmission of Zika virus: a global concern.PMID: 26939897
5. Enfermedad por virus Zika. OMS. Recurso electrónico. [Consultado el 10/03/2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>
6. Medicina Integral Comunitaria (MIC). Blog de divulgación científica. [Consultado el 12/03/2016]. Disponible en: <http://skorpiomenlamedicina.blogspot.com.es/>
7. Karen Nielsen MD; and cols. Zika Virus Infection in PregnantWomen in Rio de Janeiro — PreliminaryReport. March 4, 2016DOI: 10.1056/NEJMoa1602412. The New EnglandJournal of Medicine. Recurso electrónico. [Consultado el 10/03/2016] Disponible en: [http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1602412?query=featured\\_home&](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1602412?query=featured_home&)
8. La lactancia materna y el virus Zika. Asociación para la Promoción e investigación de la lactancia materna. Recurso electrónico. [Consultado el 10/03/2016]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/producto/1734>
9. CDC. Web oficial de Centros para el control y la prevención de enfermedades. Preguntas frecuentes para proveedores de servicios de salud que atienden a mujeres embarazadas. Recurso electrónico. [Consultado el 10/03/2016]. Disponible en: <http://espanol.cdc.gov/zika/hc-providers/qa-pregnant-women.html>
10. Emily E. Petersen, MD1; J. Erin Staples, MD, PhD2; Dana Meaney-Delman, MD3; Marc Fischer, MD2; Sascha R. Ellington, MSPH1; William M. Callaghan, MD1; Denise J. Jamieson, MD. InterimGuidelinesforPregnantWomenDuring a Zika Virus Outbreak — UnitedStates, 2016. Weekly J January 22, 2016 / 65(2);30–33
11. CDC. Información actualizada para mujeres embarazadas sobre el brote del virus zika. Recurso electrónico. [Consultado el 11/03/2016]. Disponible en: <http://espanol.cdc.gov/enes/zika/pregnancy/index.html>

# VACUNACIÓN DE LA TOSFERINA EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA NIDO

Corcuera Ortíz de Guzmán, L., Palomo Gómez, R., Gilart Cantizano, P., Rodríguez Díaz, L. y Vázquez Lara, J.  
Matronas

## RESUMEN

La bacteria causante de la infección por tosferina (*Bordetella pertussis* o *Bordetella parapertussis*), es motivo de preocupación por la frecuencia y gravedad de la enfermedad en niños muy pequeños y por la aparición en los últimos años de brotes epidémicos en diferentes países, incluso con altas coberturas vacunales.

Este aumento de la incidencia ha causado la adopción de nueva estrategias vacunales con la finalidad de proteger al lactante pequeño y disminuir la enfermedad en toda la población.

Las estrategias recomendadas por las grandes organizaciones mundiales como la American College of Obstetricians and Gynecologists en marzo de 2012 junto a la American Academy of Pediatría y la Asociación Española de Pediatría en el 2013 son la vacunación de la embarazada a partir del tercer trimestre además de la vacunación a las personas que puedan estar en contacto mas cercano con el lactante (Estrategia nido), fundamentalmente abuelos, hermanos o cuidadores, que puedan también transmitirle la enfermedad. La implementación de estas estrategias en países como Australia, Francia, Alemania, Canadá, Suiza y Estados Unidos han hecho reducir casi en un 70 % la enfermedad en dichos países.

Por todo ello, los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos y pediatras) tenemos un papel fundamental en la implementación de estas estrategias para un mejor control de la infección.

## INTRODUCCIÓN

La tosferina es una infección bacteriana aguda causada por *Bordetella pertussis* o por *Bordetella parapertussis*, es motivo de preocupación por la frecuencia y gravedad de la enfermedad en niños muy pequeños y por la aparición en los últimos años de brotes epidémicos en diferentes países, incluso con altas coberturas vacunales. La transmisión de dicha enfermedad se produce por contacto directo con las personas infectadas siendo contagiosidad muy alta. Los adolescentes y los adultos suelen presentar formas clínicas leves, pero los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable, con altas tasas de complicaciones y mortalidad. Tras un periodo de incubación de 9-10 días se presentan los síntomas catarrales que incluyen tos. Durante 1-2 semanas pueden aparecer tos paroxística que pueden acabar con el típico estridor. En la infancia temprana la tosferina puede causar apnea y cianosis sin tos, mientras que en adolescentes y adultos la tos persistente suele ser la única manifestación que puede durar hasta varios meses. La tosferina es una causa importante de muerte en los niños pequeños de todo el mundo incluso en países con alta cobertura de vacunación infantil.

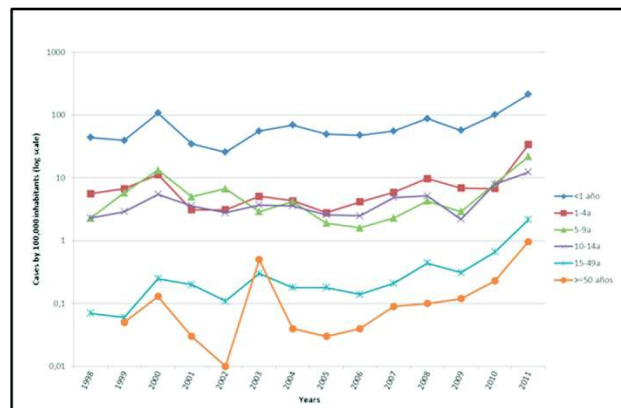


FIGURA 1. Incidencia de tosferina por 100.000 hab., por grupo de edad. España 1998-2011.

En España la tosferina descendió en los años 80. Sin embargo en el 2011, se ha observado un aumento, y en el año 2012 se han observado 3104 casos, lo que representa un índice epidémico de 5.1 (un índice epidémico mayor 1.25 se considera alto). Estos cambios epidemiológicos justifican la adopción de nuevas estrategias vacunales con la finalidad de proteger al lactante pequeño y disminuir la incidencia de la enfermedad en toda la población.

## OBJETIVOS

Presentar y difundir a los profesionales sanitarios, las recomendaciones actualizadas para la reducción de la morbimortalidad infantil producida como por la tosferina.

## MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, Pubmed, Embase, CINALHL, Chocrane Library y Google académico utilizando los descriptores tosferina, vacunación, embarazada, epidemiología. Con los artículos seleccionados analizamos la evidencia científica actual sobre la vacunación de la dTpa a la embarazada y la estrategia nido.

## RESULTADOS

Según las últimas recomendaciones para la prevención de la tosferina en el lactante por diversos organismos y sociedades, entre ellos el American College of Obstetricians and Gynecologists en marzo de 2012 junto a la American Academy of Pediatría y la Asociación Española de Pediatría en el 2013 es la vacunación de la mujer embarazada.

La vacunación de la embarazada tiene varios beneficios: en primer lugar, evitar que la madre adquiera la tosferina y contagie a su recién nacido, y en segundo lugar que el feto reciba los anticuerpos a través de la placenta y la leche materna, este mecanismo protegerá al neonato durante los primeros 2-3 meses de vida extrauterina hasta su primovacuna (2,3,4).

Si la vacunación se realizara en el postparto, los anticuerpos transferidos a través de la lactancia materna comenzarán a producirse a las dos semanas de la misma, por lo que supondría una desprotección neonatal en las dos primeras semanas (4). La vacunación frente a Bordetella pertussis en el embarazo es considerada una forma segura e inmunogénica para la madre.

En lo referente a la seguridad de la vacunación en el embarazo, existen datos de estudios de cohortes retrospectivos donde se vacunó principalmente a mujeres en el primer trimestre del embarazo como medida profiláctica y donde la incidencia de abortos espontáneos o inducidos no aumentó y a su vez no se mostraron diferencias significativas entre partos pretérmino, edad gestacional o peso al nacimiento entre los niños cuyas madres habían recibido dTpa y las que no la habían recibido (6).

También se realizó un ensayo clínico en fase 1-2 en el que se evaluó la seguridad de la vacunación con dTpa en gestantes con 30-32 semanas de gestación (tercer trimestre) y como grupo control mujeres vacunadas no gestantes, en el cual no existieron diferencias significativas entre las reacciones adversas tanto locales como sistémicas, en ambos grupos.

Numerosos trabajos demuestran que la inmunización en las fases iniciales de la gestación genera una protección insuficiente frente a la tosferina en el postparto inmediato.

La inmunización durante el tercer trimestre de la gestación es el mejor momento para alcanzar el título de anticuerpos frente a B. pertussis protectores para el recién nacido desde el primer día de vida (7).

También puede tener un mayor impacto sobre la incidencia de la tosferina en el lactante es la vacunación de las personas con quienes convive o va a convivir, lo que se conoce como "Estrategia del nido" (cocoon strategy). Diferentes estudios han mostrado que hasta en el 84% de los casos, la fuente de infección o caso primario de la tosferina generalmente es un miembro de la familia que se encuentra en contacto frecuente con el lactante.

Por este motivo, entre las actuales recomendaciones de vacunación contra la tosferina en algunos países se incluye la administración de una dosis de vacuna dTpa de recuerdo para todas las personas que tienen contacto con el mismo: padres, hermanos, abuelos y cuidadores (6,8). Ya que se estimó que cuando la estrategia del nido está bien implementada puede reducir hasta el 70% de los casos de tosferina en los lactantes menores de 3 meses.

Las vacunas dTpa (Boostrix® y Triaxis®) actualmente disponibles ambas en nuestro país, también pueden administrarse de forma simultánea con otras vacunas o inmunoglobulinas en lugares anatómicos diferentes.

A pesar de que la madre puede ser la transmisora más frecuente, la inmunización solo de las madres después del parto no es suficiente para reducir las infecciones por B. pertussis en los lactantes menores de 6 meses.

La vacunación de las personas en contacto directo con el lactante debe ser al menos, 2 semanas antes del nacimiento. Esta estrategia por sí sola es insuficiente y difícil de implementar para prevenir la morbilidad y la mortalidad de la tosferina en el lactante pequeño.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir que la última recomendación en octubre de 2011, ACIP recomendó la vacunación de las mujeres embarazadas no vacunadas con una dosis de vacuna dTpa, posteriormente en el año 2012 el ACIP amplió la recomendación a todas las mujeres embarazadas, independientemente de que hubieran sido vacunadas o no con dTpa antes del embarazo y recomendó administrar una dosis de esta vacuna en cada embarazo, independientemente del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior. Esta misma estrategia ha sido adoptada en otros países como Canadá, Reino Unido y las CC.AA de Cataluña y Asturias que han implantado la vacunación con dTpa en la embarazada en nuestro país.

Los cambios epidemiológicos que se han ido observando en los últimos 25-30 años en países con elevadas coberturas vacunales (Estados Unidos, países de la EUVAC-NET, Australia), con aparición de brotes importantes y una distribución bipolar por edades justifican la adopción de medidas para intentar proteger al recién nacido y el lactante menor de 6 meses, que por su edad no ha iniciado o no ha completado la primovacuna. (9,10).

Las condiciones ideales de implementación serían la vacunación de la futura madre a partir del tercer trimestre de embarazo, la del padre y otros convivientes/cuidadores (hermanos, abuelos) del bebé dos semanas antes de la fecha prevista de parto para poder desarrollar una respuesta vacunal protectora antes del nacimiento del bebé susceptible (11,12).

No obstante, no deja de tener limitaciones y quizás la estrategia del nido por sí sola no es probable que pueda evitar las muertes relacionadas con la tosferina en el recién nacido, la complementación con la vacuna de la embarazada en el tercer trimestre del embarazo podría ser la más beneficiosa.

La evidencia científica ha demostrado una mayor reducción de los casos de tosferina en los lactantes en los primeros meses de vida con la estrategia de vacunar a las embarazadas a partir de la semana 20 de embarazo junto a la estrategia del nido vacunando a madres, padres y abuelos dos semanas antes del parto como ocurre en países como Australia, Francia, Alemania, Canadá, Suiza y Estados Unidos.

Por todo ello las grandes organizaciones mundiales recomiendan estas estrategias para reducir la incidencia de la enfermedad. Por lo tanto los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos y pediatras) tenemos un papel fundamental en la implementación de estas estrategias (13) y estamos obligados a plantearnos ante esta situación epidemiológica actual que tenemos en nuestro país la necesidad de incorporar estas y otras nuevas estrategias vacunales para un mejor control de la infección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tos ferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tos ferina. Magda Campins a , David Moreno-Pérez b , Angel Gil-de Miguel c , Fernando González-Romo c , Fernando A. Moraga-Llop d , Javier Arístegui-Fernández b , Anna Goncé-Mellgren e , José M. Bayas d , Lluís Salleras-Sanmartí. Abril 04, 2013.
2. Boostrix. Package insert. Food and Drug Administration. March 2012. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/UCM152842.pdf> [consultado el 10 de enero de 2013].
3. Adacel. Package insert. Food and Drug Administration. February 2012. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM142764.pdf> [consultado el 10 de enero de 2013].
4. Weston W, Friedland L, Wu X, Howe B. Vaccination of adults 65 years of age and older with tetanus, toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Boostrix): results of two randomized trials. *Vaccine* 2012;30:1721-1728.
5. Li W, Wu T, Huang Y, Huang L. Boostrix: a reduced-dose acellular pertussis vaccine for use in adolescents and adults. *Exp Rev Vaccines* 2009;8:1317-1327.
6. Centers for Disease Control and Prevention. ACIP provisional updated recommendations on use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) for pregnant women. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/provisional/downloads/Tdap-pregnant-Oct-2012.pdf>.
7. Public Health Medicine Communicable Disease Group HSE. Guidelines for the public health management of pertussis. August 2012. Disponible en: <http://www.hpa.gov.uk/HealthProtectionAgency/CommunicableDiseases/Pertussis/HealthProtectionAgency/PertussisGuidance/13577/en.pdf>.
8. Chief Medical Officer. Information about whooping cough vaccination programme for pregnant women. 28 September, 2012. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/health/2012/09/whooping-cough-information/>.
9. Hardy-Fairbanks AJ, Pan SJ, Johnson DR, Bernstein HH. Immune responses in infants following receipt of pertussis immunization by their mothers during pregnancy. Presented at the 48th Infectious Diseases Society of America Annual Meeting, Vancouver, Canada; October 21–24, 2010.
10. Van Savage J, Decker MD, Edwards KM, Sell SH, Karzon DT. Natural history of pertussis antibody in the infant and effect on vaccine response. *J Infect Dis* 1990;161:487–492.
11. CDC. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women and persons who have or anticipate having close contact with an infant aged < 12 months – Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR* 2011; 60:1424–1426.
12. Updated Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine (Tdap) in Pregnant Women and Persons Who Have or Anticipate Having Close Contact with an Infant Aged < 12 Months – Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR*, 2011; 60(41): 1424-1426. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6041.pdf>.
13. HPA Guidelines for the Public Health Management of Pertussis Health Protection Agency. U.K. 2012 En: <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/WhoopingCough/ImmunisationForPregnantWomen/>.

Asociación  
Andaluza  
de  
Matronas®

Quizás no todas las matronas sepamos que nuestra Confederación Internacional de Matronas consensuó en 2011 unos derechos de las mujeres y de las matronas. Aprovechando esta edición del boletín queremos recordarlos para ayudarnos a tomar conciencia de los mismos y comprobar que incluso en países desarrollados, como es el nuestro, estos derechos se siguen vulnerando. Te invitamos a reflexionar:

Derechos de las Mujeres	Derechos de las Matronas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada mujer tiene derecho a recibir atención de una matrona autónoma y competente en el parto.</li> <li>2. Cada mujer tiene derecho a ser respetada como persona digna.</li> <li>3. Cada mujer tiene derecho a la seguridad de su propio cuerpo.</li> <li>4. Cada mujer tiene derecho a estar libre de cualquier forma de discriminación.</li> <li>5. Cada mujer tiene derecho a disfrutar de información actualizada sobre salud.</li> <li>6. Cada mujer tiene derecho a participar activamente en las decisiones sobre su atención sanitaria y a facilitar su consentimiento informado.</li> <li>7. Cada mujer tiene derecho a la intimidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada matrona tiene derecho a una formación específica que le permita desarrollar y mantener sus competencias como matrona.</li> <li>2. Cada matrona tiene derecho a poner en práctica sus propias responsabilidades dentro de la definición y el alcance de las prácticas de una matrona definidas por la Confederación Internacional de Matronas.</li> <li>3. Cada matrona tiene derecho a ser reconocida, respetada y apoyada como profesional de la salud.</li> <li>4. Las matronas tienen derecho a acceder a una asociación sólida de matronas que pueda contribuir a la política de maternidad y cuidados y servicios de matrona a nivel nacional.</li> </ol>
Derechos de las Mujeres y las Matronas	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las matronas y las mujeres tienen derecho a un sistema regulador que garantice un cuerpo de matronas seguro, competente y autónomo para las mujeres y sus bebés.</li> <li>2. Las matronas y las mujeres tienen derecho a la planificación de un cuerpo de matronas nacional que garantice un número suficiente de matronas para satisfacer las necesidades de las mujeres y sus bebés.</li> <li>3. Las mujeres y las matronas tienen derecho a ser respetadas por los Gobiernos y las instituciones gubernamentales de salud y educación.</li> <li>4. Las matronas tienen derecho al reconocimiento de su oficio como profesión diferenciada.</li> </ol>	

Carta de derechos de las mujeres y las matronas. Confederación Internacional de Matronas. Disponible en:

[http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_002%20V2014%20SPA%20Carta%20de%20derechos.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_002%20V2014%20SPA%20Carta%20de%20derechos.pdf)

## STAFF

**Comité de Redacción:**  
Junta Directiva de la Asociación  
Andaluza de Matronas

**Dirección:**  
C/ Martínez de León nº2, 1ºC  
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, 1ºC  
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

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, 1ºC - 41100 Coria del Río. Sevilla.  
Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2017: 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 socio/a, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha: .....

Firma.