



## SUMARIO

### ■ Editorial

#### *Originales*

- Variabilidad de la gasometría arterial de cordón umbilical según el tiempo transcurrido antes de su análisis
- Factores asociados al incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en mujeres gestantes del hospital distrital Santa Isabel-Trujillo, 2016

#### *Revisiones*

- Efectos de la migración de enfermeras y matronas en los sistemas sanitarios europeos
- Satisfacción de las mujeres con la atención al parto

#### *Artículo especial:*

Homenaje póstumo a Consuelo Ruiz Velez-Frías

#### *Echando la vista atrás:*

La donación de sangre de cordón umbilical

#### *Agenda:*

- XIX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas
- Entrevista a las matronas españolas participantes en el programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST)
- Adhesión de la Asociación Española de Matronas a la Campaña del Consejo de Europa para la Prevención de la Violencia Sexual contra la Infancia "Uno de Cada Cinco"



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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

**96 166 73 84**

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

**matronas hoy** se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



**matronas hoy**

## Comité editorial

### Fundadora

- M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### Directora

- Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla

### Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

### Comité editorial

- M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

### Comité científico

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



# Sumario • Summary

Vol. 6 - nº 1 abril-agosto 2018

## Editorial

4

## Originales

Variabilidad de la gasometría arterial de cordón umbilical según el tiempo transcurrido antes de su análisis ..... 5  
 Patricia Guillén Guzmán, Noelia Carmen Planells Domingo, Silvia Navarro Hernández, Sonia Carratalá Navarro,  
 Juan Antonio Torres Martínez

Factores asociados al incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en mujeres gestantes del hospital  
 distrital Santa Isabel-Trujillo, 2016 ..... 13  
 Jessica Huamán Cerna, Emilio Vega Gonzales

## Revisiones

Efectos de la migración de enfermeras y matronas en los sistemas sanitarios europeos ..... 19  
 María Isabel Fernández Aranda

Satisfacción de las mujeres con la atención al parto ..... 31  
 Ana Sánchez Fortis, Carmen Sánchez Fortis, María Dolores Pozo Cano

## Artículo especial

Homenaje póstumo a Consuelo Ruiz Velez-Frías ..... 37

## Echando la vista atrás

La donación de sangre de cordón umbilical..... 44

## Agenda

XIX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas ..... 46

Entrevista a las matronas españolas participantes en el programa de Cooperación Europea en Ciencia y  
 Tecnología (COST) ..... 49

Adhesión de la Asociación Española de Matronas a la Campaña del Consejo de Europa para la Prevención de  
 la Violencia Sexual contra la Infancia "Uno de Cada Cinco" ..... 52

# Editorial

¡Ay, humilde estetoscopio! Hace tiempo que vengo observando cómo, seducidos y acomodados a las nuevas tecnologías, este discreto instrumento distintivo de la matrona (y del obstetra) está pasando a ocupar un lugar en los anaqueles, recibiendo miradas de nostalgia, las de aquellos para los que ha sido un instrumento imprescindible en nuestra tarea, y miradas curiosas, las de aquellos que observándolo piensan que es solo un elemento del pasado.

Que el estetoscopio (o estetoscopio de Pinard) está pasando al olvido, creo que es una realidad al hilo de la que hago mi propia reflexión de si algún día las matronas (y obstetras) lo tuvieran que abandonar definitivamente.

El inmortal descubrimiento de Laennec, aquel sencillo tubo de madera con el que auscultar los ruidos cardiacos, fue recibido con una especie de entusiasmo por todos aquellos que se interesaban por el progreso de la medicina; sin embargo, este descubrimiento aplicado a la obstetricia por Kergaredec (posteriormente Pinard se haría célebre por su adaptación) no tuvo la misma acogida y aplicación al arte de los partos fue largamente descuidado, rechazado incluso por hombres cuyos nombres eran autoridad en "el arte". Pasados aquellos controvertidos comienzos, cualquiera que tenga mínimos conocimientos de obstetricia puede hacerse una idea de lo que este sencillo invento supuso para el avance de la asistencia al parto y nacimiento: de un lado se proveía a los asistentes de maternidad de una herramienta útil y práctica que aportaba información fisiológica del feto, y de otro, se creaba conciencia del feto como ser humano necesitado de atención en todo el proceso de embarazo y parto.

No sería inteligente poner en cuestión los recursos que actualmente tenemos a disposición las matronas (y obstetras) para la asistencia al embarazo y parto, pero del mismo modo que no rechazo estos, cabe preguntarse: ¿por qué desechar una habilidad que caracterizaba a las matronas (y obstetras)? ¿Por qué rechazar un instrumento que cuesta poco y funciona siempre?

Hoy entramos en un hospital y vemos cada vez con menos asombro que desde una comida, pasando por la dispensación de la medicación o un simple arreglo de mantenimiento, depende de un dispositivo electrónico, de su *software* y una

red de datos, pero si algo de esto falla, se produce el caos. Lo mismo pasa con ese aparato eléctrico (doppler) que utilizamos para escuchar los latidos fetales, si no hay pilas o falla la corriente eléctrica o no tenemos un monitor, no tenemos nada. Además, utilizar con éxito el estetoscopio significaba que también se dominaba la técnica manual para determinar la estática fetal, habilidad manual que también creo "ha vivido tiempos mejores".

La realidad es que actualmente se le sigue considerando un dispositivo útil, ya que proporciona una alternativa eficaz a la tecnología más costosa (y para algunos no disponible), como el ultrasonido doppler, ¡y si no pregunten a las matronas y obstetras de países en vías de desarrollo, si hay conocimientos básicos como este que salvan vidas! Sin embargo, donde se nada en la abundancia parece que se está olvidando enseñar a las nuevas generaciones de matronas (y obstetras) habilidades tan básicas y distintivas como prácticas. El estetoscopio de Pinard, de uso cada día más obsoleto, lo estamos convirtiendo a marchas forzadas en testigo de un pasado no tan lejano, que solo sirve desde su estante para dar constancia del velocísimo avance de la tecnología.

¡Ya sería triste que a partir de ahora las matronas solo pudieran aprender a usar el estetoscopio en una misión internacional en el Amazonas o en el Magreb o en cualquier parte del mundo donde los recursos son mínimos, en proporción inversa a la necesidad de ingenio, operatividad y habilidades básicas profesionales!

No creo que debamos dejarnos "sobornar" absolutamente por la inteligencia artificial porque el precio a pagar es alto: a medida que las máquinas "inteligentes" nos van conquistando, crece nuestra dependencia de ellas hasta convertirnos en sus esclavos, mientras, nuestro cerebro y nuestros órganos en general entran en una espiral de atrofia, porque ya se sabe ¡a máquinas "más inteligentes" humanos más tontos!

Perder ni una sola habilidad, ganar ¡todas las que podamos!

Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla  
*Directora de Matronas Hoy*

<sup>1</sup> Patricia Guillén Guzmán

<sup>1</sup> Noelia Carmen Planells Domingo

<sup>2</sup> Silvia Navarro Hernández

<sup>2</sup> Sonia Carratalá Navarro

<sup>3</sup> Juan Antonio Torres Martínez

## Variabilidad de la gasometría arterial de cordón umbilical según el tiempo transcurrido antes de su análisis

<sup>1</sup> EIR 1<sup>er</sup> Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva

<sup>2</sup> EIR 2<sup>do</sup> Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva

<sup>3</sup> Matrón Área de Xàtiva, Ontinyent

E-mail: paguiguz@hotmail.com

### Resumen

**Objetivo:** el objetivo principal del presente estudio es conocer si existen diferencias en los resultados de la gasometría arterial del cordón umbilical según se analice la muestra al minuto, a los 10 o a los 30 minutos, sometida a las mismas condiciones ambientales.

**Metodología:** se realizó un estudio observacional transversal prospectivo con mujeres gestantes pertenecientes al Departamento de Salud de Xàtiva-Ontinyent (Comunidad Valenciana). Los sujetos de estudio fueron mujeres gestantes a término con embarazo único que ingresaron en el área de paritorio del Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva) desde el 1 de noviembre de 2016 al 1 de abril de 2017. Una vez seleccionadas las mujeres que cumplían todos los criterios de inclusión en el estudio, en el momento del parto y tras la salida fetal, se tomó la muestra de sangre arterial del cordón en los primeros segundos, procurando hacer una toma correcta. Dicha muestra se analizó al primer minuto desde la extracción, a los 10 y a los 30 minutos posteriores a la misma extracción, estando en las mismas condiciones ambientales del paritorio. Se registraron todos los datos en la hoja asignada para tal fin para su posterior análisis en el programa del paquete estadístico SPSS 20.

**Resultados:** dado que los valores de la gasometría arterial analizados entre sí no eran todos estadísticamente significativos, al realizar las correlaciones con otras variables solo se incluye, además del tiempo transcurrido para su análisis, el haber recogido la muestra con el cordón clampado o no. Los resultados tras el análisis comparativo de los valores según el tiempo de medición en con la t de Student y las pruebas de Wilcoxon fueron: nunca es significativo para el CO<sub>2</sub> en ninguno de los periodos de tiempo, solo es significativo el pH entre el min 1 y 10 (p= 0,006), el cambio del exceso de bases (EB) es significativo para todos los cambios temporales, se produce el cambio significativo del O<sub>2</sub> entre el 10-30 (p= 0,021) y 30-1 (p= 0,003), por lo tanto, es significativo a partir del min 10. Al comparar el clampaje (sí/no), solo ha existido una diferencia significativa en el grupo EB 1-10 minutos (p= 0, 026). Sin embargo, en el estudio del cambio temporal la significatividad la establece el grupo "clampaje no".

**Conclusiones:** se recomienda analizar la muestra dentro de los 10 primeros minutos tras su extracción y tras clampar el cordón.

**Palabras clave:** análisis de los gases de la sangre; cordón umbilical; sangre fetal; trabajo de parto.

### Abstract

**Arterial blood gas results variability in umbilical cord blood according to the time elapsed until test**

**Purpose:** in the present study, the main aim was to detect potential differences in arterial blood gas results in umbilical cord blood samples drawn at one, 10, or 30 minutes, in the same room conditions.

**Methods:** a prospective cross-sectional observational study was conducted in pregnant women in the Department of Health of Xàtiva-Ontinyent (Valencian Autonomous Community, Spain). The study subjects were full-term pregnant women with a single pregnancy who were admitted to the delivery area of the Lluís Alcanyis Hospital (Xàtiva) from November 1, 2016 to April 1, 2017. Once the women who met all the inclusion criteria had been selected, at the time of birth and after delivery, an arterial blood sample was taken from the cord in the first seconds, trying to obtain a correct specimen. Samples were tested within the first minute after extraction, and at 10 and 30 minutes after extraction, in the same room conditions in the delivery room. All data were recorded in a dedicated worksheet for later analysis using the statistical software package SPSS 20.

**Results:** as the comparison of arterial blood gas data did not always show statistical significance, correlations with other variables only included, besides time elapsed before tests, the fact of the cord having been clamped or not when the sample was drawn. The results of a comparative analysis of values according to time elapsed before measurements were based on Student's t tests and Wilcoxon test and showed: CO<sub>2</sub> was not significant at any test time; pH was only significant from minute 1 to minute 10 (p= 0.006); EB change was significant at all times; a significant change occurs in O<sub>2</sub> between 10-30 minutes (p= 0.021) and between 30-1 (p= 0.003); thus, it is significant from minute 10 onwards. When comparing clamping (yes/no), only EB group 1-10 minute achieves significance (p= 0.026). However, in the analysis of temporal change, significance is established for the group of "no clamping".

**Conclusions:** it is recommended to perform sample tests within the first 10 minutes after extraction and after umbilical cord clamping.

**Key words:** arterial blood gas test; umbilical cord; fetal blood; labor.

## Introducción

El estudio de los gases en sangre del cordón después del parto aporta información sobre la oxigenación fetal y placentaria al nacer, es decir, del estado del feto. En cierto modo, se puede considerar una forma de control del bienestar fetal intraparto porque sus valores orientan, además, para el tratamiento del recién nacido, aspecto importante también en el resultado perinatal<sup>1</sup>.

Se aconseja realizarlo de forma sistemática, puesto que permite el diagnóstico de la acidosis del recién nacido en el momento del parto, su intensidad y tipo, facilitando su tratamiento inmediato, además de poder utilizarse como prueba médico-legal a la hora de valorar una determinada actuación obstétrica<sup>9</sup>. No obstante, no existe consenso sobre cuándo se ha de realizar el análisis de sangre de cordón postparto y cuándo no. El *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* y el *Royal College of Midwives* recomiendan realizar el análisis ácido-base de sangre de cordón en todas las cesáreas o partos instrumentados por el compromiso fetal y considerar el análisis en todos los partos<sup>2</sup>, al igual que llevan a cabo algunos médicos en EE.UU.<sup>3</sup>.

El metabolismo normal fetal es el resultado de la producción de ácidos que se han almacenado para mantener el pH extracelular dentro de un rango crítico. Se producen tanto ácidos volátiles (ácido carbónico) como ácidos no volátiles (ácidos orgánicos o no carbónicos). Los principales tampones utilizados por el feto para neutralizar la producción de iones de hidrógeno son el bicarbonato plasmático y la hemoglobina<sup>4</sup>. Los fosfatos inorgánicos y el bicarbonato eritrocitario también son posibles tampones, a pesar de que juegan un papel menos importante en la homeostasis ácido-base fetal.

Los parámetros que muestran más interés son el pH, la  $pO_2$ , la  $pCO_2$  y el exceso de bases<sup>10</sup>:

- El pH arterial es el parámetro más importante del estudio bioquímico. Sus límites normales durante la dilatación oscilan entre 7.25-7.45 y durante el periodo expulsivo entre 7.20-7.45.
- La  $pO_2$  arterial fetal durante el parto oscila entre 15-25 mmHg, siendo su valor promedio de 20 mmHg.
- La  $pCO_2$  arterial fetal durante el parto se sitúa entre 30-70 mmHg, siendo su valor promedio de 45 mmHg.
- El exceso de bases (EB) arterial fluctúa entre + 5 y -12 mEq/L.

La técnica recomendada para obtener sangre fetal del cordón para el análisis ácido-base consiste en clampar doblemente un segmento de cordón umbilical de 10 a 20 cm tan pronto como sea posible después del parto<sup>3,5-7</sup>, porque el retraso en el clampaje puede afectar significativamente a los valores de pH y de los gases debido a la difusión gaseosa y el me-

tabolismo continuo<sup>7,8</sup>. Se extrae sangre de la arteria umbilical, 1-2 ml en una jeringa heparinizada, y la jeringa se transporta inmediatamente en hielo al laboratorio. Al igual que con la sangre materna arterial, la mayoría de estudios, pero no todos<sup>7</sup>, han encontrado que una muestra de sangre de cordón preparado de esta manera es razonablemente estable para la evaluación tanto del pH como del exceso de bases durante 60 minutos. Idealmente, la prueba se lleva a cabo tan pronto como sea posible después del parto; no obstante, una muestra puede ser obtenida inmediatamente, pero dejada en hielo hasta que se tome una decisión sobre la realización o no de estas pruebas<sup>11</sup>.

Wiberg et al.<sup>12</sup> (2008) aseguran que con el pinzamiento tardío de cordón se produce una serie de cambios en el pH y gases que alteran el diagnóstico de acidosis metabólica. A pesar de un aumento en la  $pO_2$  cuando el recién nacido comienza a respirar, hay una tendencia a desarrollar una acidosis mixta, tal como se caracteriza por la disminución en el pH y déficit de bases y el aumento de  $pCO_2$  y lactato. Este fenómeno fue más pronunciado en los primeros 45 segundos de la vida en arteria umbilical, pero ocurrió más tarde en vena. Entre 45 y 90 segundos después de nacer, la tendencia fue hacia una acidosis de tipo metabólico, con nuevos descensos en el pH y en el déficit de bases y un aumento de lactato. Posteriormente, el bicarbonato, el tampón principal también en el recién nacido, disminuyó durante todo el periodo.

Otros autores afirman que la muestra se puede obtener hasta 60 minutos después del parto, incluso aunque se haya producido el alumbramiento, y se mantiene hasta 72 horas después del mismo si se conserva entre 2 y 4 °C. Además, explican que el pinzamiento tardío del cordón no interfiere en los valores gasométricos, por lo que será prioritario reanimar al recién nacido (RN) deprimido de forma inmediata y obtener después la muestra para la gasometría, que incluso puede extraerse de la cara fetal de la placenta<sup>1</sup>.

## Justificación

Dado los diferentes resultados encontrados y la heterogeneidad en las prácticas que se realizan en este contexto sanitario, se llevó a cabo el presente estudio en el departamento de los autores del mismo, para comprobar si existe diferencia significativa en los valores de la gasometría arterial analizadas al minuto, a los 10 minutos y a los 30 minutos para que en el caso que la hubiera no demorar el tiempo de análisis.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio ha sido conocer si existen diferencias en los resultados de la gasometría arterial del cordón umbilical según se analice la muestra al minuto, a los 10 o a los 30 minutos, sometida a las mismas condiciones ambientales. Además, como objetivos secundarios se planteó conocer si existen diferencias de la gasometría arterial medida en esos tiempos en relación a otras

variables (independientes): el tipo de inicio de parto (espontáneo/inducido), según cómo se tome la muestra del cordón (clampado: sí/no), la duración del expulsivo ( $\geq 2$  h /  $< 2$  h) o el tipo de analgesia (epidural/otros).

Siendo la hipótesis del estudio la siguiente: "hay variabilidad significativa en el resultado de la gasometría arterial cuanto más tiempo pase del análisis de la muestra".

## Metodología de estudio

### Diseño del estudio

Estudio cuantitativo observacional trasversal no aleatorio con una muestra homogénea y representativa (IC del 95%). Se hace una descripción de los resultados de las variables principales en función del tiempo y, posteriormente, se comparan entre ellas con el rango de 1-10 min, 1-30 min y 10-30 min.

### Ámbito de estudio

Mujeres gestantes pertenecientes al Departamento de Salud de Xàtiva-Ontinyent (Comunidad Valenciana).

### Población de estudio

Mujeres gestantes a término con embarazo único que ingresan en el área de paritorio del Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva) desde el 1 de noviembre de 2016 al 1 de marzo de 2017.

### Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujer gestante de bajo riesgo y riesgo medio, único, a término (37-40 SG).
- Finalización por vía vaginal eutócica (no instrumentado).
- Aceptación de la mujer gestante para participar en el estudio (consentimiento informado) tras recibir la información sobre el mismo.

Criterios de exclusión:

- Mujer gestante de riesgo alto, o muy alto.
- Embarazo múltiple.
- Parto pretérmino o posttérmino.
- Finalización del parto vaginal distócico o abdominal (CST).
- Negativa de la mujer gestante a participar en el estudio.

### Variables del estudio

Variables dependientes:

- Valor del pH arterial analizado en el primer minuto, a los 10 minutos y a los 30 minutos de tomar la muestra.
- Valor del exceso de bases (arterial) analizado en el primer minuto, a los 10 y a los 30 tras tomar la muestra.
- Valor del pO<sub>2</sub> (arterial) analizado en el primer minuto, a los 10 y a los 30 tras tomar la muestra.
- Valor del pCO<sub>2</sub> (arterial) analizado en el primer minuto, a los 10 y a los 30 tras tomar la muestra.

Variables independientes:

- Paridad (nulípara/múltipara).
- Control del embarazo (adecuado/escaso o ninguno).
- Comienzo del parto (espontáneo/inducido).
- EGB (positivo/negativo).
- Administración de oxitocina (sí/no).
- Administración de analgesia epidural (sí/no).
- Amniotomía (sí/no).
- Horas de bolsa rota ( $\leq 12$  h /  $> 12$  h).
- Líquido amniótico (claro/meconial fluido/meconial espeso).
- RCTG (normal/sospechoso/patológico).
- Tiempo total de dilatación en minutos ( $\leq 8$  horas /  $> 8$  horas).
- Tiempo total del expulsivo en minutos ( $\leq 2$  horas /  $> 2$  horas).
- Peso del recién nacido (bajo peso/normopeso/alto peso).
- Apgar 1 minuto ( $\leq 7$  /  $> 7$ ).
- Apgar 5 minutos ( $\leq 7$  /  $> 7$ ).
- Apgar 10 minutos ( $\leq 7$  /  $> 7$ ).
- Reanimación avanzada del RN (sí/no).
- Ingreso en neonatos (sí/no).
- Clampaje del cordón (sí/no).

### Material

- Jeringas heparinizadas (precargadas).
- Analizador de gasometrías y electrolitos (Serie ABL 80 FLEX).
- Hoja de registro de datos (*ad hoc*).

### Procedimiento

Una vez cumplidos todos los criterios de inclusión en el estudio por parte de la mujer gestante, en el momento del parto, y tras la salida fetal, se procedió a tomar la muestra

de sangre arterial del cordón (entre 2-3 ml) en los primeros segundos (30-45), procurando hacer una toma correcta (sin aire ni burbujas).

La muestra se analizó al primer minuto desde la extracción, a los 10 y a los 30 minutos posteriores estando en las mismas condiciones ambientales del paritorio.

Se seleccionaron de manera aleatoria las que se realizaron con el cordón clampado (precoz) o sin clampar en el momento de hacer la extracción.

Se registraron todos los datos en la hoja asignada para tal fin para su posterior análisis en el programa del paquete estadístico SPSS (v. 20).

### Recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos se creó un formulario *ad hoc* diseñado específicamente para este estudio. La recogida de datos se realizó por las residentes de matrona pertenecientes al grupo de investigación.

### Aspectos éticos

El protocolo completo del estudio ha sido valorado y aceptado por la Comisión de Investigación y Docencia y por el Comité de Ética del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva (Valencia).

Para seguir con el cumplimiento de la legislación vigente, se informa de todo el procedimiento y fin del estudio a las mujeres gestantes óptimas para incluir en el estudio, y se les entrega y firma su consentimiento informado (CI) para participar en el estudio.

Se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; el Código Deontológico (CD) de la Confederación Internacional de Matronas, el CD de la Asociación Española de Matronas, el Código de Ética y Deontología de Enfermería de la Comunidad Valenciana y la Declaración de Helsinki, así como los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia.

## Resultados

### Descripción sociodemográfica de la muestra

La muestra total (N) estudiada ha sido de 40 mujeres gestantes cuyo perfil tiene las siguientes características: mujer de 30 años ( $\bar{x}$ = 29,76), española (76,3%), asalariada (43,2%) y con estudios básicos (50%).

### Perfil obstétrico de los sujetos estudiados

La edad gestacional (EG) media fue de 279,92 con una desviación típica (DT) de  $\pm$  5,988.

En la paridad se observa que un 47,4% son mujeres primíparas y un 52,6% multíparas (Gráfico 1).

En el control del embarazo se encuentra que un 97,4% tiene un adecuado control frente al 2,6% de escaso o nulo control, y sobre el EGB se puede decir que un 92,1% del cultivo era negativo y el 7,9% positivo.

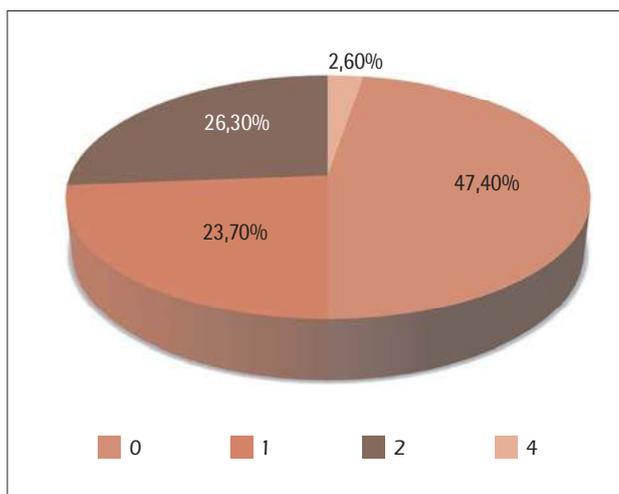


Gráfico 1. Paridad

### Condiciones obstétricas de la mujer gestante al ingreso en la sala de dilatación

En las siguientes tablas y gráficos se pueden observar las condiciones obstétricas en las que se encontraba la mujer gestante al ingreso en la sala de dilatación y paritorio: *inicio del trabajo de parto* (Tabla 1), *uso de oxitocina y de anestesia epidural* (Tabla 2), *horas de bolsa rota, RCTG y características líquido del amniótico* (Tabla 3).

Tabla 1. Tipo de inicio de parto

Espontáneo	60,50%
Inducido	39,50%

Tabla 2. Uso de oxitocina y anestesia epidural

	Oxitocina	A.epidural
Sí	78,9%	65,8%
No	21,1%	34,2%

**Tabla 3. Horas de bolsa rota, RCTG y características del líquido amniótico (LA)**

Horas de bolsa rota	
<= 12 h	92,10%
>12 h	7,90%
RCTG	
Normal	74%
Sospechoso	26%
Características del LA	
Claro	81,60%
Meconial fluido	13,20%
Meconial espeso	5,30%

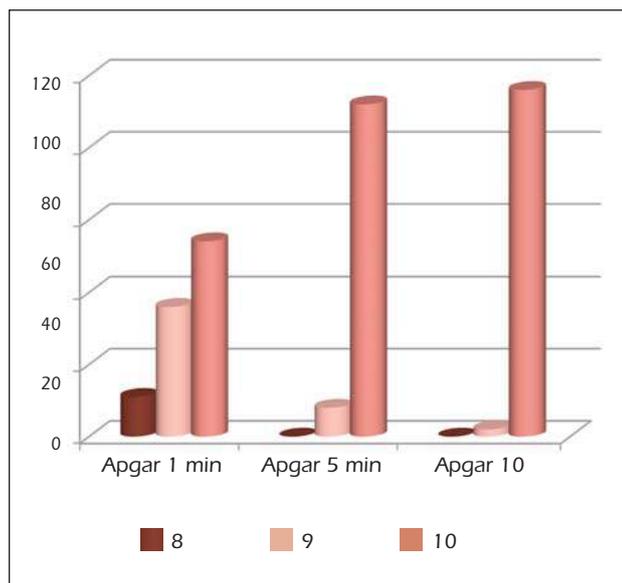
### Periodo de expulsivo

Respecto a la duración del expulsivo, fue mayor de dos horas en el 10,5% de las mujeres gestantes y menor de dos horas en el 81,5% de estas.

### Recién nacido

En lo que respecta al peso del recién nacido la media de peso ha sido de 3.360,83 g con una desviación típica (DT) de  $\pm 417$  g.

En cuanto al Apgar del recién nacido (Gráfico 2) en el primer minuto de vida un 52,8% tiene 10, un 36,8% tiene 9 y un 10,5% tiene 8. A los 5 minutos de vida existe una que el 92,1% tiene un Apgar de 10 y el 7,9% de 9. Y a los 10 minutos de vida, un 97,4% tiene un Apgar de 10 y el 2,6% de



**Gráfico 2.** Descripción del Apgar

9. Hubo un 2,6% de ingreso en neonatos. Respecto a la reanimación avanzada del RN, se puede decir que hubo casos en un 2,6% (n= 1).

### Análisis y resultado de la variable dependiente principal

Como se puede ver a continuación (Tabla 4), se ha realizado el análisis estadístico por separado de las diferentes variables dependientes.

**Tabla 4. Descripción de los valores de la gasometría**

	N	Media	Desviación estándar
PH_min1	40	7,2440	0,09012
PH_min10	40	7,2378	0,09116
PH_min30	40	7,2433	0,10484
EB_min1	40	-5,230000	3,5285793
EB_min10	39	-5,661538	3,5432378
EB_min30	37	-6,078378	3,7062361
PO2_min1	40	21,68	7,014
PO2_min10	40	22,23	6,627
PO2_min30	40	23,407500	7,8430890
PCO2_min1	40	54,200000	10,7352045
PCO2_min10	40	54,415000	10,2673131
PCO2_min30	40	54,745000	10,7785387
N válido (por lista)	40		

### Análisis y resultado de los valores gasométricos en función de la variable tiempo

Posteriormente, se correlacionan las diferencias existentes de los valores de la gasometría entre sí en rangos de tiempo, es decir, entre 1-10, 10-30 y 1-30 (Tabla 5). Significado estadístico para  $p < 0,05$ :

- El pH entre el minuto 1 y 10.
- El exceso de bases (EB) en todos los rangos de tiempo.
- La  $pO_2$  entre 1 y 30 min y entre 10 y 30 min.

Tras aplicar el descriptor estadístico (t de *Student*) (Tabla 6) el resultado es que solo el EB entre 1-10 min es significativo (valor de la prueba= 0).

Cuando se aplica la prueba de Wilcoxon el cambio sí es significativo en: pH entre el min 10 y 1, EB entre el min 10 y 30, EB entre el min 1 y 30,  $pO_2$  entre el min 30 y 10,  $pO_2$  entre el min 30 y 1 (Tabla 7).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y significación

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Valor p
DifPHmin_10-1	40	,2600	-,0500	,2100	-,006250	,0402357	,006
DifPHmin_30-10	40	,4800	-,2100	,2700	,005500	,0714304	,940
DifPHmin_30-1	40	,3700	-,0900	,2800	-,000750	,0668480	,944
DifEBmin_10-1	39	2,3000	-1,4000	,9000	-,402564	,4276541	,000
DifEBmin_30-10	37	7,8000	-5,6000	2,2000	-,375676	1,1896324	,018
DifEBmin_30-1	37	8,4000	-6,2000	2,2000	-,778378	1,3015237	,000
DifPO2min_10-1	40	14	-4	10	,55	2,207	,172
DifPO2min_30-10	40	19,0000	-6,0000	13,0000	1,182500	3,3426450	,021
DifPO2min_30-1	40	21,0000	-7,0000	14,0000	1,732500	3,8384951	,003
DifPCO2min_10-1	40	30,8000	-25,1000	5,7000	,215000	5,3419746	,064
DifPCO2min_30-10	40	45,1000	-12,4000	32,7000	,330000	7,4612572	,781
DifPCO2min_30-1	40	23,5000	-10,7000	12,8000	,545000	5,3818760	,526
N válido (por lista)	37						

Tabla 6. Prueba de muestra única (t de Student)

	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
DifPHmin_30-1	-,071	39	,944	-,0007500	-,022129	,020629
DifPCO2min_30-10	,280	39	,781	,3300000	-2,056226	2,716226
DifPCO2min_30-1	,640	39	,526	,54500000	-1,176207	2,266207
DifEBmin_10-1	-5,879	38	,000	-,4025641	-,541194	-,263935

Valor de prueba: 0

Tabla 7. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>								
	PH_min10- PH_min1	PH_min10- PH_min30	EB_min10- EB_min30	EB_min1- EB_min30	PO2_min10- PO2_min1	PO2_min30- PO2_min10	PO2_min30- PO2_min1	PCO2_min10- PCO2_min1
Z	-2,769 <sup>b</sup>	-,076 <sup>c</sup>	-2,369 <sup>c</sup>	-3,779 <sup>c</sup>	-1,366 <sup>c</sup>	-2,316 <sup>c</sup>	-3,016 <sup>c</sup>	-1,855 <sup>c</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,006	,940	,018	,000	,172	,021	,003	,064

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos

c. Se basa en rangos negativos

En resumen, aplicando esta prueba:

Nunca es significativo para el pCO<sub>2</sub>, solo es significativo el pH entre el min 1 y 10, el cambio del EB es significativo para todos los cambios temporales, se produce el cambio significativo del pO<sub>2</sub> entre el 10-30 y 30-1, por lo tanto, es significativo a partir del min 10.

### Análisis estadístico relacionando una variable independiente

Para finalizar el apartado de los resultados se ha llevado a cabo un análisis estadístico para establecer la posible relación entre las diferentes variables. Para simplificar el estudio y puesto que tras el primer análisis de los valores de la gasometría no todos eran significativos, se elige como única va-

riable independiente el "tomar la muestra con el cordón clampado o no" (CS/CN) (Tabla 8).

### Discusión

Previo a la discusión, es necesario mencionar cuáles han sido las limitaciones del estudio. Por un lado, la recogida de datos se ha visto limitada debido a que las únicas personas responsables de ello eran los residentes, no delegando esta función en las matronas. Por otro lado, también se tuvo que hacer un estudio piloto con 10 muestras por parte del equipo investigador y añadir en los criterios de inclusión de la muestra a las mujeres gestantes de riesgo medio, debido a la insuficiencia de la representatividad de la muestra.

**Tabla 8. Estadísticos descriptores y significación**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Valor p
CS_DifPHmin_101	16	,2400	-,0300	,2100	,007500	,0570954	,607
CS_DifPHmin_3010	16	,4800	-,2100	,2700	,008125	,1096795	,682
CS_DifPHmin_301	16	,3400	-,0600	,2800	,015625	,0985879	,682
CN_DifPHmin_101	23	,0900	-,0500	,0400	-,015217	,0204205	,002
CN_DifPHmin_3010	23	,0900	-,0400	,0500	,005217	,0279398	,380
CN_DifPHmin_301	23	,1300	-,0900	,0400	-,010000	,0300000	,124
CS_DifEBmin_101	15	1,8000	-,9000	,9000	-,206667	,4431489	,092
CS_DifEBmin_3010	14	7,8000	-5,6000	2,2000	-,500000	1,7528000	,142
CS_DifEBmin_301	14	8,4000	-6,2000	2,2000	-,685714	1,8785662	,109
CN_DifEBmin_101	23	1,8000	-1,4000	,4000	-,521739	,3848926	<b>0,000</b>
CN_DifEBmin_3010	22	2,8000	-1,7000	1,1000	-,245455	,6602505	,096
CN_DifEBmin_301	22	2,8000	-2,2000	,6000	-,777273	,7939844	,000
CS_DifPO2min_101	16	6,0000	-2,0000	4,0000	1,000000	1,5916449	,024
CS_DifPO2min_3010	16	13,0000	-6,0000	7,0000	-,031250	3,5518481	,972
CS_DifPO2min_301	16	15,0000	-7,0000	8,0000	,968750	3,2785604	,256
CN_DifPO2min_101	23	14,0000	-4,0000	10,0000	,217391	2,5753468	,817
CN_DifPO2min_3010	23	15,0000	-2,0000	13,0000	1,991304	3,0691890	,002
CN_DifPO2min_301	23	17,0000	-3,0000	14,0000	2,208696	4,292687	,010
CS_DifPCO2min_101	16	29,4000	-25,1000	4,3000	-1,262500	7,0167300	,483
CS_DifPCO2min_3010	16	45,1000	-12,4000	32,7000	3,068750	10,0264130	,240
CS_DifPCO2min_301	16	23,5000	-10,7000	12,8000	1,806250	6,9606004	,316
CN_DifPCO2min_101	23	17,6000	-11,9000	5,7000	1,147826	3,7821194	,031
CN_DifPCO2min_3010	23	17,4000	-10,4000	7,0000	-1,617391	4,5478918	,102
CN_DifPCO2min_301	23	13,9000	-7,6000	6,3000	-,469565	3,9530695	,575
N válido (por lista)	13						

A continuación, atendiendo a la interpretación de los resultados obtenidos:

En primer lugar, se estudian todos los valores de la gasometría en función del tiempo transcurrido desde su análisis y fueron analizados en el primer minuto tras la recogida de la muestra, a los 10 y a los 30 minutos.

Este estudio demuestra que hay variabilidad significativa en el resultado del pH entre el minuto 1-10 ( $p=0,006$ ). Respecto a los otros parámetros de la gasometría que se han analizado, se ha visto que nunca es significativo para el  $pCO_2$ . Para el EB es significativo para todos los cambios temporales, y para el  $pO_2$  se produce el cambio significativo entre el 10-30 y 30-1, por lo tanto, es significativo a partir del minuto 10.

En segundo lugar, estudiada la tendencia de las variables dependientes y viendo, tras su análisis, que no se comportan de manera "normal", resultó imposible correlacionar el resto de variables independientes con estas. Solo se pudo elegir una variable relacionada con el momento en que se toma la muestra del cordón, clampado o no (CS/CN).

Al relacionar esta variable con los valores gasométricos, se puede observar que los cambios significativos se han dado en clampaje NO (CN), excepto en caso de la  $pO_2$  10-1 para clampaje SÍ (CS) ( $p=0,024$ ). Lo que hace intuir que las significaciones generales en el primer análisis, sin separar los grupos CS/CN, quien originaba la significación era el clampaje NO.

## Conclusiones

- El perfil de la mujer es una multigesta con gestación a término, de 30 años, española, con estudios básicos y asalarada.
- Su gestación ha sido bien controlada y con EGB negativo.
- El inicio de su parto es espontáneo, pero el uso de la anestesia epidural conlleva el uso de oxitocina.
- Respecto a las características de inicio del parto, tienen bolsa rota dentro del periodo de 12 h, con líquido amniótico claro, RCTG normal y con finalización de expulsivo dentro de los límites normales ( $< 2h$ ).
- El RN es de un peso medio de 3.360 g, un Apgar al minuto entre 9 y 10 y solo un 2,6% (un caso) con ingreso en neonatos por dificultad respiratoria.
- Los valores de la gasometría arterial se modifican a partir de los 10 min, excepto con la  $pCO_2$  para ninguno de los tiempos de análisis.
- Con la toma de muestra solo ha sido relevante o significativo el EB entre el minuto 1-10.

## Conclusión final

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede decir que la hipótesis se confirma y coincide con algunos autores, por lo tanto, se recomienda, a falta de poder realizar otros estudios más amplios, efectuar la toma de la muestra con el cordón clampado dentro de los primeros 10 min sin que esto suponga un cambio significativo en los resultados de la gasometría arterial para embarazos de riesgo bajo y medio, sin complicaciones en el momento del parto y que dan a luz un hijo sano.

## Bibliografía

1. Castán Mateo S (ed.). *Obstetricia para matronas: guía práctica*. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health: Safer childbirth. Minimum standards for the organisation and delivery of care in labour. Report of joint working party. London: RCOG Press; 2007.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. The newborn infant. In: *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p. 590.
4. Blechner JN. Maternal-fetal acid-base physiology. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36:3.
5. Nageotte MP. Intrapartum fetal surveillance. In: *Creasy & Resnik's Maternal-Fetal Medicine Principles and Practice*. 7<sup>th</sup> ed. Saunders, Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 488.
6. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 348, November 2006: Umbilical cord blood gas and acid-base analysis. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1319.
7. Armstrong L, Stenson B. Effect of delayed sampling on umbilical cord arterial and venous lactate and blood gases in clamped and unclamped vessels. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006; 91:F342.
8. Wiberg N, Källén K, Olofsson P. Delayed umbilical cord clamping at birth has effects on arterial and venous blood gases and lactate concentrations. *BJOG* 2008; 115:697.
9. Maroto MT. Equilibrio ácido-base fetal. *Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves*. Granada; 2014.
10. Monitorización fetal intraparto. *Protocolos de procedimiento diagnósticos y terapéuticos en obstetricia*. Sociedad Española Ginecología y Obstetricia. 2004.
11. Ramin S. Umbilical cord blood acid-base analysis at delivery. *Up To Date*; Aug 2016 [cited 16 mar 2018]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/umbilical-cord-blood-acid-base-analysis-at-delivery>
12. Wiberg N, Kallen K, Olofsson P. Delayed umbilical cord clamping at birth has effects on arterial and venous blood gases and lactate concentrations. *BJOG*. 2008; 115:697-703.

<sup>1</sup> Jessica Huamán Cerna  
<sup>2</sup> Emilio Vega Gonzales

## Factores asociados al incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en mujeres gestantes del Hospital Distrital Santa Isabel-Trujillo, 2016

<sup>1</sup> Magister en Salud Pública, Universidad Privada Antenor Orrego. Perú

E-mail: emilioswald@gmail.com

<sup>2</sup> Magister en Docencia e Investigación en Salud, Universidad César Vallejo Lima Este. Perú

### Resumen

**Introducción:** la anemia durante la gestación es un problema de salud pública que ha sido abordado a través de la suplementación gratuita con sulfato ferroso. A pesar de las ventajas que ofrece, un considerable grupo de mujeres gestantes no cumple con el tratamiento.

**Objetivo:** identificar los factores asociados con el incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en mujeres gestantes de 18 a 35 años en el Hospital Distrital Santa Isabel (Perú), en junio de 2016.

**Metodología:** el estudio es de tipo observacional con diseño descriptivo correlacional de corte transversal; tuvo una muestra de 80 mujeres gestantes, en quienes se aplicó un cuestionario de 20 ítems elaborado por los autores y validado mediante juicio de expertos.

**Resultados:** el incumplimiento en la ingesta de sulfato ferroso se observa en el 21,2% de las mujeres que formó parte del estudio. Los factores que tuvieron asociación significativa con el incumplimiento en la ingesta de sulfato ferroso fueron: la paridad ( $p= 0,030$ ), la presencia de hiperémesis gravídica ( $p= 0,018$ ), los efectos secundarios como las náuseas ( $p= 0,006$ ), el estreñimiento ( $p= 0,027$ ), el dolor de cabeza ( $p= 0,001$ ), otras molestias ( $0,029$ ) y el sabor del suplemento ( $p= 0,040$ ).

**Conclusiones:** se concluye que es necesario realizar estrategias que permitan la correcta información a las mujeres gestantes acerca del consumo de sulfato ferroso, así como crear alternativas que disminuyan sus efectos secundarios.

**Palabras clave:** sulfato ferroso; adherencia; anemia en la gestación.

### Abstract

*Factors associated with non-compliance with ferrous sulfate intake in pregnant women in Santa Isabel District Hospital-Trujillo, 2016*

*Introduction: anemia during pregnancy is a public health problem that has been addressed through free supplementation with ferrous sulfate. In spite of the advantages it offers, a substantial group of pregnant women does not comply with the treatment.*

*Purpose: to identify the factors associated with non-compliance with ferrous sulfate intake in pregnant women aged 18 to 35 years in the Santa Isabel District Hospital, in June 2016.*

*Methods: this is an observational descriptive study with a correlational cross-sectional design; and had a sample of 80 pregnant women. A 20-item questionnaire developed by the authors and validated using expert judgment was administered.*

*Results: non-compliance with the intake of ferrous sulfate was observed in 21.2% of participants. Factors associated to non-compliance with the intake of ferrous sulfate were: parity ( $p= 0.030$ ), occurrence of hyperemesis gravidarum ( $p= 0.018$ ), side effects such as nausea ( $p= 0.006$ ), constipation ( $p= 0.027$ ), headache ( $p= 0.001$ ) and other discomfort ( $0.029$ ), and taste of the supplement ( $p= 0.040$ ).*

*Conclusions: is concluded that strategies allowing the right information to be known by pregnant women on the intake of ferrous sulfate, as well as alternative ways to reduce its side effects, are needed.*

**Key words:** ferrous sulfate; adherence; anemia in pregnancy.

## Introducción

La anemia es la alteración hematológica que más se diagnostica durante el embarazo, producida básicamente por los cambios en el volumen corporal total materno al expandirse para lograr la adecuada perfusión feto placentaria y prepararse para amortiguar las pérdidas durante el parto<sup>1</sup>. En la mujer embarazada se determina por una concentración de hemoglobina (Hb) menor de 11 g/dl, conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>.

En países en desarrollo la prevalencia de la anemia promedio es del 56% con valores entre el 35 y 75% entre diferentes regiones del mundo. Situación opuesta a la de países desarrollados que tienen una prevalencia promedio de 18%. América Latina tiene 39% de mujeres gestantes con niveles bajos de hemoglobina, que se distribuyen en 37% en América Central y del Sur y 52% en el Caribe<sup>3</sup>.

La anemia materna es considerada un importante problema de salud pública. Las tasas más altas se encuentran en los países más pobres, particularmente en África, donde en la región occidental y central tienen una tasa de 40 y 50% para mujeres no embarazadas y embarazadas, respectivamente<sup>4</sup>. Se asume que la deficiencia de hierro es la principal causa de esta alta tasa de anemia. En África, por ejemplo, se asocia fuertemente la deficiencia de hierro con los niveles socioeconómicos más bajos<sup>5</sup>.

La anemia materna se clasifica en grados de acuerdo al nivel de hemoglobina. Así se tiene la anemia leve (Hb < 11-9 g/dL), la anemia moderada (Hb < 9 - 7 g/dL) y la anemia severa (Hb < 7 g/dL)<sup>6</sup>. En Perú, en el año 2011, la tasa de anemia materna en las mujeres gestantes atendidas en hospitales del sector público fue 18,1%. Según la severidad de la anemia, se halló un 16,6% de casos de anemia leve, un 1,4% de anemia moderada y un 0,1% de anemia severa<sup>7</sup>.

El suplemento de hierro durante el embarazo es un tema controvertido que involucra muchos aspectos de relevancia para lograr un resultado favorable, tanto en la madre como en el feto. Los valores normales de la hemoglobina (Hb) y el resto de los parámetros sanguíneos han de relacionarse con el estilo de vida, la nutrición y otros factores tanto sociales como económicos, culturales y geográficos. El estilo de vida influye en la salud y puede modificar los valores normales de hemoglobina<sup>8</sup>.

En Perú, se estima que la incidencia de mujeres gestantes que no cumplen el tratamiento con sulfato ferroso es cercano al 20%<sup>9</sup>. La adherencia al tratamiento puede verse afectada por factores como los bajos ingresos económicos, las creencias populares<sup>10</sup>, el difícil acceso al establecimiento de salud<sup>9</sup>, los estudios incompletos, el tiempo prolongado de tratamiento<sup>11</sup>, la presencia de sintomatología como mareos, náuseas, vómitos y dolor abdominal y la nuliparidad<sup>12</sup>. Entre los factores que favorecen la adherencia al tratamiento se

han reportado la confianza hacia el médico que prescribe el tratamiento y el horario regular para la toma del medicamento<sup>11</sup>.

## Objetivo

Identificar los factores asociados al incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en mujeres gestantes de 18 a 35 años del Hospital Distrital Santa Isabel (Perú).

## Metodología

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, nivel correlacional y corte transversal. La población estuvo formada por todas las mujeres gestantes de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel El Porvenir de Trujillo durante el mes de junio de 2016, excluyendo del estudio a aquellas que tuvieran algún impedimento para la ingesta de sulfato ferroso o una discapacidad para participar en el estudio. La muestra fue de tipo censal e incluyó a 80 mujeres gestantes.

Se empleó como técnica de recolección de datos la encuesta, y como instrumento un cuestionario de 20 ítems, de los cuales 16 ítems estaban relacionados con los factores asociados a la ingesta de sulfato ferroso y los ítems restantes incluían datos de la mujer y del cumplimiento del tratamiento. El instrumento fue elaborado por los autores de la investigación y validado mediante juicio de cinco profesionales expertos en el área de salud.

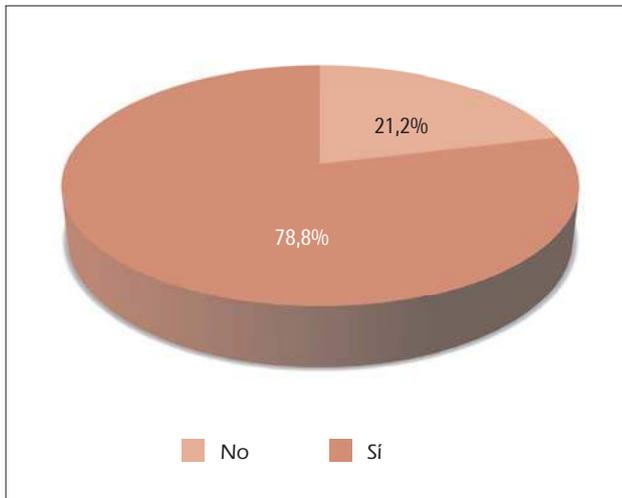
Se empleó el programa SPSS versión 23 para el análisis estadístico de los datos, empleándose la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,05 para establecer la existencia de asociación entre los factores y el cumplimiento del tratamiento. Para el caso de los factores representados cuantitativamente la prueba estadística que se utilizó fue la t de *Student* para muestras independientes.

## Resultados

En el Gráfico 1 se observa que de las 80 mujeres gestantes que formaron parte del estudio, 63 (78,8%) cumplieron con el tratamiento de sulfato ferroso y 17 (21,2%) no cumplieron con el tratamiento.

En la Tabla 1 se aprecian que los promedios de la edad, la paridad y el número de controles prenatales son mayores entre las mujeres gestantes que sí cumplieron el tratamiento con sulfato ferroso, pero solo se encontró diferencia significativa en el caso de la paridad ( $p < 0,05$ ).

La Tabla 2 muestra que de los factores relacionados con la mujer gestante solo la presencia de hiperémesis gravídica presentó asociación significativa, básicamente en aquellas



**Gráfico 1.** Frecuencia del cumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en el Hospital Distrital Santa Isabel, Trujillo, 2016

que fueron hospitalizadas ( $p < 0,05$ ). El grado de instrucción y el estado civil de la mujer no tuvieron asociación significativa con el incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso.

En la Tabla 3 se observa una asociación significativa entre las reacciones adversas producidas por el consumo de sulfato ferroso y el incumplimiento con el tratamiento. Los síntomas mencionados en la encuesta fueron las náuseas y vómitos ( $p = 0,006$ ), el estreñimiento ( $p = 0,027$ ) y el dolor de cabeza ( $p = 0,001$ ). En el caso de las características del suplemento, solo el sabor presentó una asociación significativa con el incumplimiento en la ingesta de sulfato ferroso ( $p = 0,040$ ).

### Discusión y conclusiones

La frecuencia de mujeres gestantes que no se adhieren al tratamiento con sulfato ferroso es similar al valor reportado por Espinoza<sup>9</sup> en el Hospital de apoyo de Puquio, Ayacucho-Perú, en ambos casos cercanos al 20% de la muestra.

**Tabla 1.** Factores numéricos asociados con el incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso

Factores	Cumplimiento		t	p
	No	Sí		
Edad	23,06 ± 5,640	25,79 ± 6,548	-1,570	0,120
Paridad	0,65 ± 0,702	1,41 ± 1,375	-2,212	0,030
Control prenatal	5,47 ± 3,044	6,17 ± 2,569	-0,964	0,338

**Tabla 2.** Factores propios de la mujer gestante asociados con el incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso

Factores		Cumplimiento		x <sup>2</sup>	p
		No	Sí		
Estado civil	Casada	1	5	0,870	0,647
	Soltera	4	9		
	Conviviente	12	49		
Hiperémesis gravídica	No tuvo	7	31	8,029	0,018
	Tuvo, sin hospitalización	6	30		
	Tuvo, hospitalizada	4	2		
Grado de instrucción	Sin estudios	0	1	5,164	0,160
	Primaria	7	11		
	Secundaria	10	47		
	Superior	0	4		
Total		17	63		

**Tabla 3. Factores relacionados con el tratamiento, asociados al cumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso**

Factores		Cumplimiento		x <sup>2</sup>	p
		No	Sí		
Náuseas y vómitos	No	9	53	7,467	0,006
	Sí	8	10		
Estreñimiento	No	6	41	4,901	0,027
	Sí	11	22		
Dolor de cabeza	No	6	48	10,207	0,001
	Sí	11	15		
Sabor	Desagradable	9	16	6,439	0,040
	Indiferente	7	28		
	Agradable	1	16		
Olor	Desagradable	9	18	4,825	0,090
	Indiferente	7	29		
	Agradable	1	16		
Tamaño	Muy incómodo	2	1	4,308	0,116
	Poco incómodo	3	8		
	Ideal	12	54		
Total		17	63		

Entre los factores propios de la mujer gestante, la paridad presentó una asociación significativa con el incumplimiento en la ingesta de sulfato ferroso; resultado similar al reportado por Anglas<sup>12</sup>, quien encontró una menor adherencia al tratamiento con sulfato ferroso entre las mujeres nulíparas. La experiencia que las mujeres gestantes han adquirido en su primer embarazo representa un factor favorable para que ingieran sulfato ferroso en las siguientes gestaciones, o incluso tolere mejor los efectos secundarios propios de su consumo. Esta asociación paridad-adherencia es independiente de la edad de la mujer, característica que no presentó una asociación significativa en el estudio, al igual que lo reportado por Ramos<sup>10</sup> cuando comparó a mujeres gestantes anémicas con no anémicas.

A partir de esto se puede deducir que las mujeres embarazadas adolescentes asumen la importancia del consumo de sulfato ferroso de forma similar a las adultas, y que la diferencia en la forma que se brinde la información sobre el consumo de sulfato ferroso no debería darse en función a su edad, sino a su número de hijos, haciendo más énfasis en aquellas que son primerizas. La presencia de hiperémesis gravídica también tuvo una asociación significativa con el incumplimiento en el tratamiento, siendo más frecuente entre las que tuvieron hospitalización. El largo tratamiento

que reciben las mujeres gestantes con hiperémesis gravídica, así como la intolerancia a la ingesta de alimentos producida por esta enfermedad, puede condicionar el rechazo a las tabletas de sulfato ferroso o una sensación exagerada en el olor y sabor de la misma.

Las distintas reacciones adversas producidas por la ingesta de sulfato ferroso consideradas en el estudio (náuseas, estreñimiento, dolor de cabeza y otros) presentaron una asociación significativa con el incumplimiento del tratamiento. Un resultado similar se halló en los estudios de Anglas<sup>12</sup>, para los mismos síntomas, y Merino et al.<sup>11</sup>, solo en el caso de las náuseas. La presencia de náuseas y vómitos representan los efectos secundarios más comunes reportados por las mujeres gestantes, y son responsables del rechazo a la continuidad del tratamiento en muchas de ellas, aunque algunos estudios como el de Jafarbegloo et al.<sup>13</sup> reportan que la presencia de complicaciones gastrointestinales no tiene relación significativa con la ingesta de sulfato ferroso y pudiera existir una causa psicológica en el rechazo. Otra explicación del resultado serían los cambios sensoriales de las mujeres durante los primeros meses de gestación, en especial en el sentido del olfato y el gusto, y que podrían incrementar su sensibilidad al olor o sabor del sulfato ferroso. Esta situación guarda relación con otro hallazgo del estudio que indica

que el olor desagradable percibido por algunas mujeres gestantes del sulfato ferroso estaría asociado significativamente con el incumplimiento del tratamiento.

El tipo de presentación empleada para la suplementación puede variar este resultado, por lo que podría tomarse en cuenta en futuros estudios una comparación entre la adherencia al tratamiento con sulfato ferroso otorgado gratuitamente por el Ministerio de Salud y otras presentaciones adquiridas por la mujer gestante. Una interesante alternativa para el consumo más tolerable del suplemento de sulfato ferroso es la planteada por Samayoa<sup>14</sup>, quien administró el sulfato ferroso en niños a través de un néctar de piña y naranja, que enmascaró el olor y el sabor del medicamento, e incrementó el grado de aceptabilidad del tratamiento en un 50%.

Se concluye a partir de los resultados, que los principales factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento con sulfato ferroso en las mujeres gestantes están relacionados con los efectos adversos que produce su ingesta. Deben ser tomados en cuenta también como factores negativos: la paridad, la presencia de hiperémesis gravídica y el sabor del suplemento con sulfato ferroso.

Se recomienda elaborar estrategias diferenciadas en la consejería acerca del consumo de sulfato ferroso durante la gestación, priorizando al grupo de las mujeres primigestas, que tienen mayor riesgo de no cumplir con el tratamiento de sulfato ferroso; así como innovar en la forma que se administra el sulfato ferroso a las mujeres gestantes con el fin de contrarrestar los efectos secundarios y el rechazo al sabor que algunas manifiestan.

## Bibliografía

- Hill CC, Pickinpaugh J. Physiologic changes in pregnancy. *The Surgical clinics of North America*. 2008; 88(2):391-401.
- Montoya R, Castelazo M, Valerio C. Opinión de un grupo de expertos en diagnóstico y tratamiento de la anemia en mujer embarazada. *Ginecol Obstet Mex*. 2012; 80:563-80.
- Prendes Labrada M, Baños A, Toledo O, Lescaj O. Prevalencia de anemia en gestantes en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000; 16(1):25-30.
- Ayoya M, Bendeck M, Zagrè N, Tchibindat F. Maternal anaemia in West and Central Africa: time for urgent action. *Public Health Nutrition*. 2012; 15:916-27.
- Ugwuja E, Akugubwo E, Ibiam U, Obidoa O. Maternal socio-demographic parameters impact on trace element status and pregnancy outcomes in Nigerian women. *J Health Popul Nutr*. 2011; 29:156-62.
- World Health Organization. 11 Prevalence of anaemia in women. *Reproductive Health Indicators Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. France: WHO; 2006. p. 41-3.
- Gonzales G, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2011; 28(3):484-91.
- Siega-Riz AM, Hartzema A, Turnbull C. Efectos de la administración profiláctica de hierro durante el embarazo. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(2):512-9.
- Espinoza K. Factores que influyen en la adherencia al sulfato ferroso como tratamiento y prevención de la anemia en gestantes del Hospital Apoyo Puquio 2015. Ica, Perú: Universidad Alas Peruanas; 2015.
- Ramos Y. Factores asociados a la suplementación de sulfato ferroso en gestantes anémicas en el Hospital de Rioja, 2016. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
- Merino V, Lozano D, Torrico F. Factores que influyen en la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. *Gaceta Médica Boliviana*. 2010; 33(2).
- Anglas A. Adherencia y factores que influyen en la suplementación con hierro en gestantes que acuden al centro materno infantil Manuel Barreto, durante los meses de junio-agosto del 2015. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- Jafarbegloo E, Ahmari Tehran H, Dadkhah Tehrani T. Gastrointestinal Complications of Ferrous Sulfate in Pregnant Women: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2015; 17(8).
- Samayoa S. Comparación de la aceptabilidad del sulfato ferroso medicamentoso versus un néctar de piña, naranja y sulfato ferroso y su impacto como tratamiento de anemia ferropénica en niños del hogar temporal de Quetzaltenango. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014.

# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

- Cursos CFC
- Cursos ECTS

## Amplio catálogo de cursos

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

María Isabel Fernández  
Aranda

## Efectos de la migración de enfermeras y matronas en los sistemas sanitarios europeos

Matrona del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Unidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

E-mail: maribel.fernandez.aranda@gmail.com

### Resumen

**Introducción:** a pesar de que dentro de las especialidades sanitarias la de enfermería es una de las más numerosas, actualmente coexiste una crisis de esta mano de obra en una parte de Europa, con unas altas tasas de desempleo y precariedad en otras zonas, lo que provoca flujos migratorios del personal sanitario especializado sin control alguno.

**Objetivo:** determinar los efectos en el sistema sanitario de la migración cualificada de personal sanitario, principalmente enfermeras y, específicamente, matronas. Como objetivo secundario se propone analizar los efectos que provoca esta migración tanto en los países de origen como en los receptores, y proponer soluciones a la misma.

**Método:** se ha realizado una revisión narrativa de los artículos publicados entre enero de 2010 y enero de 2018, en inglés y español, en las bases de datos bibliográficas secundarias *PubMed*, *Cochrane* y *MEDES*.

**Resultados:** se han considerado de interés 19 referencias bibliográficas.

**Conclusiones:** la preocupación por la magnitud de la migración de enfermeras y matronas y el posible impacto sobre el sistema sanitario, tanto emisor como receptor, es cada vez mayor en toda Europa. En este estudio se han encontrado factores asociados a esta migración en dos sentidos: efectos que causa la migración de los profesionales sanitarios sobre los sistemas sanitarios y posibles soluciones a estos fenómenos.

**Palabras clave:** recursos humanos en salud; emigración e inmigración; salud global; enfermera; matrona.

### Abstract

*Effects of migration of nurses and midwives in European health systems*

*Introduction:* although nursing staff is one of the most numerous among health specialties, there is currently a crisis in this workforce in part of Europe, with high rates of unemployment and job insecurity in other areas, which results in migratory flows of specialized health personnel without any control.

*Purpose:* to establish the effects of the migration of qualified healthcare staff, particularly nurses and specifically midwives, on the healthcare system. As a secondary aim, the effect of this migration both in countries of origin and in countries of destination is analyzed and solutions are proposed.

*Methods:* a narrative review of the articles published from January 2010 to January 2018 in English and Spanish was carried out in the secondary databases *PubMed*, *Cochrane*, and *MEDES*.

*Results:* 19 references were considered of interest.

*Conclusions:* the concern about the magnitude of the migration of nurses and midwives and its possible impact on the healthcare system, both for countries of origin and for countries of destination, is increasing throughout Europe. In this study, two kinds of factors associated with this migration have been found: effects caused by the migration of health professionals on healthcare systems and potential solutions to such phenomena.

*Key words:* human resources in healthcare; emigration and immigration; global health; nurse; midwife.

## Introducción

A pesar de que dentro de las especialidades sanitarias la de enfermería es una de las más numerosas<sup>1</sup>, actualmente existe una crisis de esta mano de obra en la mayoría de Europa. Por el contrario, la realidad actual del sector de la sanidad en España es inversa, el paro entre estos profesionales se situó en el ámbito nacional en una media de 5,64% (Cataluña y País Vasco con solo el 2,05% y 2,70%, y Extremadura y Andalucía con el 12% y 10%, respectivamente), una cifra considerablemente más baja que el 8,03% que se alcanzó en 2013, el pico más alto registrado, estando el perfil más castigado en las edades comprendidas entre los 25 y 30 años<sup>2</sup>.

España, a pesar de tener junto a Polonia el menor número de enfermeras por cada 1.000 habitantes (5,3 frente a la media europea de 9), uno de los números de pacientes por enfermera más altos de Europa (9 o 10), la menor tasa de matronas por 1.000 habitantes (0,1 frente a 0,3 media de OCDE en 2009) y estar por debajo de la media europea de matronas por 1.000 nacimientos (12,4 por 25,9 media OCDE, datos de 2009) genera una escasa oferta de nuevos contratos laborales, lo que obliga a orientarse hacia el trabajo en el extranjero<sup>3</sup>. Aunque se estima que solo el 1-2% de las enfermeras tituladas en la UE trabaja fuera de su país de origen, la proporción que se registra en otro país de la UE o se traslada a otro país de la UE aumenta constantemente<sup>4</sup>. Esto tiene dos lecturas: las enfermeras de la UE ejercen más activamente sus derechos de libre circulación tras la ampliación de la UE de los siete y el número de enfermeras procedentes de fuera de Europa ha disminuido debido a unas políticas de inmigración y de registro profesional más estrictas. Por poner un ejemplo, en el Reino Unido la contratación procedente de la UE ha aumentado considerablemente. En 2001-2002, la proporción de enfermeras y matronas internacionales recién registradas de la UE fue solo del 7%, subiendo al 78% en el intervalo 2009-10<sup>5</sup>. Debido a la falta de datos fiables sobre migración<sup>4</sup> y de investigaciones que comparen a las enfermeras de la UE con otros grupos, como médicos y enfermeras de fuera de Europa<sup>3,5</sup>, no se tienen datos certeros de la verdadera escala de movilidad.

A parte de los condicionantes de naturaleza laboral y profesional (bajos salarios, inestabilidad del empleo o escasez de puestos de trabajo disponibles), enfermeras y matronas abandonaron su país de origen para buscar un trabajo más gratificante y con mejores condiciones, oportunidades de desarrollo profesional y de formación de postgrado y mejoras en sus planes de carrera y sus experiencias de migración<sup>3,6</sup>. Por el contrario, encuentran problemas en el reconocimiento de la formación o cualificación<sup>6</sup> que se lleva del país de origen, diferencias en el modelo de gestión y funciones que realizan en cada sistema sanitario y el hecho de que aunque se adquiera experiencia o mayor cualificación en los países de destino, no parece que mejore sustancialmente las perspectivas de empleo en el de origen<sup>7</sup>.

En la Unión Europea, los sistemas sanitarios actuales son muy vulnerables a la fluctuación del número de profesionales disponibles, debido al principio de libre circulación de personas dentro de la UE y el reconocimiento mutuo de las cualificaciones profesionales<sup>8</sup>. Su movimiento condiciona no solo cómo se organiza, planifica y presta el servicio de salud de cada uno de los estados miembros, también puede desencadenar desequilibrios en la oferta y la demanda de una región a otra<sup>9,10</sup>. La migración transfronteriza de profesionales sanitarios dentro de la UE tiene un efecto significativo pero en gran medida no se ha cuantificado suficientemente<sup>11</sup> dado que no existen mecanismos formales de control entre los países de la UE y muy pocas certezas en cuanto a la pauta, el destino y la duración de la estancia de los mismos. En España, la información disponible para realizar una caracterización del fenómeno de los flujos migratorios de profesionales de enfermería/matronas tiene tales limitaciones que permite solamente una aproximación general, realizada con mucho esfuerzo y con resultados bastante inexactos.

Por otro lado, la actividad de la matrona en el sistema sanitario ha cambiado de forma progresiva a lo largo del tiempo, no solo en lo que respecta a sus responsabilidades dentro del contexto obstétrico, sino también en lo que respecta a las características de su preparación y formación<sup>1</sup>.

Las características organizativas de la atención de obstetricia se asocian con un mayor bienestar de las matronas y, por tanto, a mejores resultados en la atención a las mujeres gestantes y por extensión al sistema de forma global<sup>8</sup>. Un trabajo más gratificante y con mejores condiciones, o bien oportunidades de desarrollo profesional y de formación, favorece la estabilidad profesional del personal sanitario y su sedentarismo profesional. El personal obstétrico en el contexto de la emigración tampoco es una excepción, al no poder controlarse plenamente los flujos migratorios la planificación de la mano de obra en obstetricia es difícil tanto para los países emisores como para los receptores.

Teniendo en cuenta todos estos hechos, el objetivo del estudio que se presenta será analizar los efectos que produce en el sistema sanitario la migración cualificada de personal sanitario, principalmente enfermeras y específicamente matronas. Como objetivo secundario se propone ofrecer soluciones a la misma, tanto en los países origen como en los receptores.

## Material y método

Se realizó una revisión narrativa de los artículos publicados, en inglés y español, en las bases de datos bibliográficas *PubMed*, *Cochrane* y *MEDES*, seleccionando el intervalo de búsqueda entre enero de 2010 y enero de 2018, y combinando los descriptores clave DECS; recursos humanos en salud; emigración e inmigración; salud global; enfermera; matrona y sus correspondientes MeSH: *health workforce; emigration and immigration; global health; nurse; midwife*. En una segunda parte

se filtraron los resultados anteriormente obtenidos mediante combinaciones *booleanas* de los siguientes términos; ("recursos humanos para la salud" OR "personal sanitario") AND ("tasa de agotamiento" OR "pérdida de personal") AND ("enfermera" OR "matrona")) en los apartados de título y resumen, dicho procedimiento se repitió en todas las bases de datos.

A los resultados obtenidos se les aplicaron los criterios de inclusión siguientes:

- Informes, estudios, artículos o revisiones sistemáticas que incluyan en los apartados de título y resumen los temas de factores de atracción y expulsión del personal sanitario, estrategias a emplear para su control y efectos de tales migraciones.
- Informes, estudios, artículos o revisiones sistemáticas que ofrezcan resultados, ya sean cuantitativos o cualitativos, de factores, efectos y estrategias de gestión de las migraciones del personal de enfermería y en concreto de las matronas. Por tanto, que incluyan alguno de estos términos en los apartados de título, resumen y texto completo.

Los registros que cumplen los dos criterios fueron analizados detenidamente y eliminados el resto. La estrategia de búsqueda del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y los resultados están incluidos en la Tabla 1.

## Resultados

En el estudio se encontraron deducciones en dos sentidos: efectos que causa la migración de los profesionales sanitarios

sobre los sistemas sanitarios y posibles soluciones a estos fenómenos en el sistema sanitario europeo. En una primera fase de la búsqueda se encontraron 16.520 artículos y estudios relacionados con alguno de los descriptores clave utilizados (*Pubmed* 15.260, *Cochrane* 165 y *MEDES* 1.095), una vez aplicados los criterios de inclusión se seleccionaron 19 referencias a analizar<sup>3,6-8,10-20,21-23</sup>. Los resultados del estudio se muestran en la Tabla 2.

Desde el punto de vista de los países emisores, los estudios encontrados indicaron que la salida incontrolada de personal sanitario compromete la capacidad del sistema, la efectiva cobertura de competencias enfermeras<sup>8</sup> al perder recursos humanos especializados y la calidad en la atención al paciente en general y la mujer gestante en particular, profundizando de este modo en la inequidad. Aunque tras adquirir la puntuación necesaria o mejorar su formación, la mayoría de estos profesionales regresan a su país de origen por motivos socioeconómicos y familiares, no está claro que al retornar traigan nuevos conocimientos y competencias que sean un beneficio para el sistema sanitario del país de origen<sup>12,13</sup>. Algunos informes muestran procesos de movilidad profesional descendente o descualificación profesional en algunos países receptores de la emigración al no conseguirse homologar adecuadamente el título académico de origen, lo que provoca que se desempeñen labores inferiores o de menor responsabilidad que la categoría que se desempeñaba en el país de origen. En esta situación, al producirse el retorno, son necesarios programas de reciclaje para actualizar

Tabla 1. Estrategia de búsqueda del estudio con criterios de inclusión y exclusión

	Bases de datos			Eliminados	Duplicados
	<i>PUBMED</i>	<i>Cochrane</i>	<i>MEDES</i>		
Registros obtenidos al realizar búsqueda por descriptores clave MESH y DECS	15.260	165	1.095		
Registros obtenidos al realizar búsqueda <i>booleana</i> por palabras lenguaje natural ("recursos humanos para la salud" OR "personal sanitario") AND ("tasa de agotamiento" OR "pérdida de personal") AND ("enfermera" OR "matrona"))	125	15	3		
<b>Registros totales</b>	143				
Lectura de título y <i>abstract</i> . Se aplica criterio 1	35	2	1	93	12
Lectura de título, <i>abstract</i> y texto completo. Se aplica criterio 2	18	0	1	19	0
<b>Registros incluidos en la revisión narrativa</b>	19				
Fuente: elaboración propia					

Tabla 2. Resultados obtenidos de la revisión narrativa

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Diseño	Resultados encontrados
Masanet (2010) <sup>20</sup>	La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general	Abordar las siguientes cuestiones: las tendencias recientes de la migración internacional de profesionales de la salud, caracterización general de la población de profesionales de la salud y el retrato de algunos trazos generales relativos a tres grupos de estas personas inmigrantes cualificadas en Portugal	Estudio descriptivo	España y Portugal forman parte de la dinámica de la migración internacional de los profesionales de la salud principalmente como países de destino, pero también como países de origen, en concreto España. España, de manera más tardía, ha visto aumentar de manera significativa el número de inmigrantes profesionales de la salud en los últimos años
Young et al. (2010) <sup>5</sup>	<i>Health Professional Mobility in Europe and the UK: A Scoping Study of Issues and Evidence. Research Report to the National Institute for Health Delivery and Organisation programme</i>	Identificar las lagunas en el conocimiento en torno a dos aspectos clave de la movilidad/migración de los profesionales sanitarios, dentro de la movilidad en el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) y la movilidad hacia y desde los diferentes países del Reino Unido y Europa	Estudio observacional	La tendencia relativa hacia un mayor número de inmigrantes UE/EEE continuará a medida que disminuya el número de trabajadores no pertenecientes al NHS de la UE (debido a los cambios en la normativa sobre permisos de trabajo, etc.), pero los profesionales residentes en la UE siguen ejerciendo su derecho a la libre circulación
Sanabria Mora (2011) <sup>18</sup>	Migraciones profesionales en la UE. Oportunidades para el desarrollo compartido	Caracterización de los flujos migratorios del recurso humano en salud, concretamente de profesionales de medicina y enfermería, hacia España y desde España	Estudio descriptivo	La intención de emigrar ha ido decreciendo progresivamente entre los profesionales de enfermería desde 2000, año en que se efectuó la mayor cantidad de acreditaciones, hasta 2009. La situación en 2010 cambia tanto para profesionales de enfermería como de medicina por la situación de crisis económica que atraviesa España, a pesar de ser el sector salud menos afectado en cuanto a cifras de paro se refiere
Hernández (2011) <sup>19</sup>	La migración de personal de salud: un fenómeno que incide en la salud global	Analizar el fenómeno de la migración del personal de salud y su carácter multifactorial que está repercutiendo en la capacidad de muchos países de contar con suficientes recursos humanos para atender la salud de sus poblaciones	Estudio descriptivo mediante el análisis secundario	Migrar es un derecho fundamental que debe ser protegido, por lo que las soluciones no pueden pasar por frenar o poner trabas a este derecho, sino que tienen que incidir en sus causas y sobre todo en sus efectos negativos. España, que en los últimos años se ha situado como país receptor de migraciones –y simultáneamente cada vez más como emisor–, tiene la responsabilidad de desarrollar políticas sobre este asunto

Tabla 2. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Diseño	Resultados encontrados
Wismar et al. (2011) <sup>4</sup>	<i>Health Professional Mobility and Health Systems - Evidence from 17 European countries</i>	Esta publicación presenta investigaciones sobre las brechas en el conocimiento de las cifras, tendencias, impactos y respuestas políticas a esta situación dinámica de la inmigración de profesionales cualificados	Informe cuantitativo	Se ofrece a los responsables políticos datos sobre la naturaleza y el alcance de la movilidad de los profesionales sanitarios en la UE, analiza su impacto en los sistemas sanitarios nacionales y esboza algunas estrategias políticas importantes para abordar la movilidad
Sermeus et al. (2011) <sup>21</sup>	<i>Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology</i>	Simular el impacto de los diferentes aspectos cambiantes del entorno de trabajo de enfermería sobre la calidad de la atención y la satisfacción del personal enfermero	Estudio de corte transversal y descriptivo	RN4CAST es uno de los mayores estudios sobre el personal de enfermería realizados en Europa, añadirá precisión a los modelos de previsión y generará nuevos enfoques para una gestión más eficaz de los recursos de enfermería en Europa
López Blanco JA, Carbajo Arias A, De Jorge Gallego M, Camarero Bernabé C. (2012) <sup>12</sup>	Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025	Informe que analiza las necesidades de enfermeras de cuidados generales y especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (matronas) para el horizonte temporal del 2025	Cuestionario de recogida de información y herramienta basada en la dinámica de sistemas que permite trazar la trayectoria de evolución en los próximos años	Oferta enfermera de cuidados generales adecuada siempre que se mantengan las características (universalidad, cartera de servicios, descentralización, colaboración público privada, etc). En el caso de la matrona el ratio matrona/ginacólogo aumenta ligeramente con el horizonte de 2025
Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M. (2012) <sup>16</sup>	<i>Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States</i>	Determinar si los hospitales con una buena organización de la atención pueden afectar a la atención al paciente y a la estabilidad de la mano de obra de enfermería en los países europeos	Estudio transversal	Las deficiencias en la calidad de la atención hospitalaria eran comunes en todos los países. La mejora de los entornos de trabajo hospitalarios podría ser una estrategia de costes relativamente bajos para mejorar la seguridad y la calidad de la atención hospitalaria y aumentar la satisfacción del paciente
Moreno Casbas T, Fuentelsaz gallego C, Contreras Moreira M. (2013) <sup>7</sup>	RN4CAST. Informe global hospitales españoles. Parte 1 Ambiente de trabajo y resultados de las enfermeras	Determinar las necesidades futuras de enfermeras (en número y cualificación) en un contexto europeo	Cuestionario <i>Practice Environment scale del Nursing work index</i>	Los resultados del estudio demostraron efectos negativos de una dotación subóptima de personal sanitario tanto sobre este como sobre los resultados en salud de los pacientes (mortalidad)

Tabla 2. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Diseño	Resultados encontrados
Bruyneel et al. (2013) <sup>6</sup>	<i>A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: Reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries</i>	Examinar la asociación entre el estatus migratorio de las enfermeras (enfermeras capacitadas internamente o enfermeras capacitadas extranjeras de un país en desarrollo) e informar sobre estas tareas	Estudio de corte transversal y descriptivo	Los hallazgos sugieren que queda mucho margen de mejora para optimizar el uso del tiempo y la energía de las enfermeras. Debería prestarse especial atención a elevar el nivel profesional de la práctica de enfermeras capacitadas en el extranjero de los países en desarrollo
Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. (2014) <sup>13</sup>	<i>The workforce for health in a globalized context global shortages and international migration</i>	Examinar la migración mundial del personal de salud y ofrecer una visión general del alcance actual de los patrones de migración. Analizar los factores internos y externos que alimentan la migración de los trabajadores de salud	Estudio descriptivo	Si bien la migración de los trabajadores de salud no es deseable en términos de calidad y equidad de los servicios de salud, también revela un problema estructural de los sistemas de salud en todo el mundo. La escasez crónica de personal sanitario en el ámbito mundial pone de manifiesto que muchos sistemas de salud HIC son insostenibles, puesto que dependen de mano de obra extranjera para prestar sus servicios
Day-Stirk et al. (2014) <sup>17</sup>	El estado de las parteras en el mundo 2014 hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer	Generar evidencia sobre el estado de las parteras en el mundo en 2014, identificando los desarrollos en los tres años desde la fecha de publicación del informe	Estudios descriptivo mediante cuestionario directo y datos secundarios de fuentes varias	Solo cuatro de los 73 países cuentan con un número de matronas capaz de satisfacer la necesidad universal de las 46 intervenciones esenciales en materia de intervenciones maternas. Las matronas que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden proporcionar el 87% de los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres y recién nacidos
Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J (2014) <sup>11</sup>	<i>Health professional mobility in a changing Europe New dynamics, mobile individuals and diverse responses. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies</i>	Proporcionar datos empíricos para responsables políticos, gestores, observadores y responsables de las profesiones sanitarias de la movilidad de los profesionales sanitarios en Europa para dar soluciones a las tendencias y los modelos de movilidad que están llegando	Informe cuantitativo	El documento ofrece 16 recomendaciones basadas en datos empíricos, agrupadas en cuatro categorías: educación, reglamentación, incentivos financieros y apoyo personal y profesional para afrontar la movilidad de los profesionales sanitarios en Europa

Tabla 2. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Diseño	Resultados encontrados
Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. (2014) <sup>22</sup>	<i>Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study</i>	El estudio RN4CAST fue diseñado para mejorar la toma de decisiones sobre el personal de enfermería, uno de los componentes más grandes de los gastos operativos del hospital	Estudio observacional	Los recortes en el personal de enfermería para ahorrar dinero podrían afectar negativamente los resultados de los pacientes. Un mayor énfasis en la educación de las enfermeras podría reducir las muertes evitables en los hospitales
Glinos IA. (2015) <sup>8</sup>	<i>Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. Health Policy</i>	Proponer una herramienta analítica (matriz) que examina los efectos de la movilidad de los profesionales de la salud en términos de eficacia y equidad a tres niveles: para la UE, para los países de destino y para los países de origen	Informe cuantitativo	El análisis sugiere que existe el riesgo de que la libre movilidad de la mano de obra sanitaria beneficie desproporcionadamente a los Estados miembros más ricos en detrimento de los menos favorecidos, y que la movilidad pueda alimentar las disparidades a medida que los flujos redistribuyen los recursos de los países más pobres a los más ricos de la UE
Kreutzen M, Dussault G, Craveiro I, et al. (2015) <sup>10</sup>	<i>Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research</i>	Ofrecer una visión general de las medidas adoptadas para mejorar la investigación y el desarrollo de los profesionales de la salud en toda Europa y ofrece información más detallada sobre la base de datos empíricos para la investigación y el desarrollo	Estudio descriptivo con enfoque multimétodo	Se identificó una lista de buenas prácticas para las intervenciones de I + D, incluyendo la sensibilidad al contexto cuando se implementan y transfieren las intervenciones a diferentes organizaciones y países
Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, et al. (2015) <sup>23</sup>	<i>Organization of hospital nursing, provision of nursing care and patient experiences with care in Europe</i>	Analizar el efecto de los resultados de enfermería en un marco explicativo en el que los cuidados dejados sin hacer y los niveles educativos de enfermería son de importancia clave	Estudio observacional	Mayores proporciones de enfermeras con una licenciatura reducen el efecto del peor personal de enfermería en la atención clínica
Aiken L, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier CB, et al. (2016) <sup>15</sup>	<i>Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care</i>	Determinar la asociación de la combinación de las habilidades de enfermería hospitalaria con la mortalidad de los pacientes, las calificaciones de los pacientes de su atención y los indicadores de calidad de la atención		Una fuerza laboral de enfermería especializada en el cuidado de pacientes con una mayor proporción de enfermeras profesionales está asociada con mejores resultados para los pacientes y enfermeras. Reducir la combinación de habilidades enfermeras agregando asociados enfermeros y otras categorías de personal de enfermería asistencial sin calificaciones profesionales puede contribuir a las muertes prevenibles, erosionar la calidad y seguridad de la atención hospitalaria y contribuir a la escasez de enfermeras en el hospital

Tabla 2. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Diseño	Resultados encontrados
Castro Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A. (2017) <sup>14</sup>	<i>A rapid review of the rate of attrition from the health workforce</i>	Analizar la falta de estimaciones exactas de la tasa de deserción (y en particular de la tasa de agotamiento voluntario) para llevar a cabo una planificación efectiva de la fuerza de trabajo de salud	Revisión de estudios	El desgaste, y en particular el agotamiento voluntario, no está suficientemente registrado ni estudiado. La falta de definiciones y directrices internacionalmente comparables para medir la deserción de la fuerza laboral en salud hace que sea muy difícil para los países identificar las principales causas de la deserción y desarrollar y probar estrategias para reducirla. Se requieren definiciones y métodos normalizados de medición del desgaste
Fuente: elaboración propia				

los conocimientos perdidos por el personal emigrado, lo que genera un gran coste económico y de tiempo<sup>20</sup>.

En el caso español, se ha detectado que el sistema nacional de salud no puede absorber el número de sanitarios que anualmente abandonan las aulas universitarias tras superar su título, a pesar de estar suficientemente formadas y experimentadas<sup>3</sup>. Esto no se debe a la falta de necesidad, sino a la falta de fondos y/o restricciones en la reforma del sector. Otros países europeos, como Inglaterra y Alemania, tienen puestos vacantes y están dispuestos a pagar salarios muy competitivos por enfermeras temporales, asumiendo también

los costes de contratación y viaje para atraer a profesionales del extranjero<sup>15,16</sup>.

En los sistemas sanitarios receptores se ha detectado la necesidad de obtener el máximo provecho del empleo de personas inmigrantes cualificadas, ayudando al mismo tiempo a estos profesionales a conseguir beneficios positivos de forma individual de la mudanza de otro país. El apoyo continuo al profesional para integrarlo en una amplia gama de habilidades lingüísticas y técnicas características del país receptor es una de las medidas estrella para conseguirlo<sup>3,22</sup>. Los efectos encontrados sobre el sistema sanitario se especifican en la Tabla 3.

Tabla 3. Efectos sobre el sistema sanitario de la migración de trabajadores de la salud

	Países origen	Países receptores
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasez de personal en el sistema sanitario de origen</li> <li>• Pérdida económica por la inversión en capacitación y educación del personal perdido</li> <li>• Pérdida económica por la disminución del consumo y los ingresos fiscales que deja de ingresar</li> <li>• Disminución de la moral y del compromiso entre los trabajadores que no emigran</li> </ul>	Costes administrativos por gestiones varias
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de capital social y humano</li> <li>• Pérdida de conocimiento en el ámbito profesional y en centros educativos universitarios</li> <li>• Pérdida de modelos de conducta para los estudiantes jóvenes</li> </ul>	Mayor competencia con el personal local
Beneficios	Ingresos económicos recibidos del personal que trabaja en el extranjero	Ajuste de la escasez de profesionales sanitarios
	Mejoras en las habilidades del personal que retorna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la calidad de la asistencia sanitaria</li> <li>• Ingresos económicos por los impuestos que pagan las personas inmigrantes</li> </ul>
Fuente: elaboración propia		

En cuanto a las estrategias encontradas para gestionar este fenómeno<sup>4,10,14,17,21,23</sup> existen desde acuerdos bilaterales entre países o instituciones de salud para la gestión de esta migración que establecen límites en el número de profesionales que pueden ser contratados, con el fin de reducir el impacto negativo en los sistemas de salud de los países de origen<sup>21,23</sup>; hasta la implementación de códigos de buenas prácticas para restringir la contratación activa de determinados países remitentes al ofrecimiento de un apoyo más activo al desarrollo, ayudando a los países emisores que perdieran personal sanitario con sus políticas de contratación, formación y retención<sup>21</sup>. Las soluciones encontradas en este sentido en el estudio realizado se encuentran en la Tabla 4.

## Discusión

La movilidad de los profesionales de la salud siempre ha tenido una naturaleza dinámica y cambiante, particularmente

evidente en periodos de grandes cambios económicos o geopolíticos. En situaciones estables los factores de orden socioeconómicos son los que mayor peso tienen a la hora de plantearse la emigración. Dada la importancia actual de la mano de obra de personal sanitario en Europa la solución debe ir orientada hacia mantener una fuerza de trabajo de enfermería sana y satisfecha, atraer a nuevas generaciones de enfermeras, mantener la fuerza de trabajo de los profesionales que desean jubilarse anticipadamente o permanecer más tiempo en el trabajo y promoverlo a tiempo parcial debido a su insatisfacción con el retorno al estatuto de tiempo completo. Estas medidas van más allá del simple aumento de la dotación de personal. Las palancas para mejorar la calidad de la atención al paciente incluyen invertir en una fuerza laboral de enfermería mejor educada y mejorar los entornos laborales. El agotamiento, las características del ambiente de trabajo, las malas relaciones entre enfermeras y médicos, el liderazgo, la participación en los asuntos del hospital y la inadecuada compensación económica son fac-

**Tabla 4. Soluciones para potenciar los aspectos positivos y negativos de la emigración**

	<b>Estrategias para potenciar los aspectos positivos de la migración</b>	<b>Estrategias para paliar los aspectos negativos de la migración</b>
<b>Países de origen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar los fondos destinados a reforzar el sistema sanitario local</li> <li>• Mejorar la planificación de las necesidades de personal mediante la mejora de los sistemas de información y formación, incorporando como variables a tener en cuenta la emigración y la distribución espacial de los recursos de personal</li> <li>• Realizar estudios que caractericen el sistema sanitario local añadiendo las variables cuantitativas desencadenantes de la emigración y generara alternativas</li> <li>• Mejorar el intercambio de información y la previsión de necesidades de personal sanitario con los países receptores de la emigración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la contratación de profesionales de países con déficit de personal sanitario.</li> <li>• Imponer y realizar un seguimiento férreo del código de buenas prácticas teniendo especial cuidado en la promoción de marcos legales que impidan la discriminación salarial</li> <li>• Promover intercambios de profesionales y de conocimientos que favorezcan la migración entre sistemas sanitarios</li> <li>• Facilitar el intercambio de información en origen y destino sobre las verdaderas condiciones de trabajo, derechos y obligaciones de los trabajadores en los países destino</li> </ul>
<b>Países de destino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar los procesos de certificación y acreditación de los profesionales sanitarios</li> <li>• Sensibilizar política y socialmente sobre los efectos derivados de la fuga de cerebros en países de origen</li> <li>• Realizar un código de buenas prácticas en lo que se refiere a la captación de profesionales</li> <li>• Hacer viables procesos bidireccionales de migración orientados a la transferencia de conocimientos y al apoyo a la especialización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar la formación continua y el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios que permanecen en el país de acogida</li> <li>• Apoyar procesos de formación en el exterior que contemplen compromisos de retorno</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

tores que aumentan la intención de dejar su trabajo actual en el próximo año<sup>21,24</sup>.

Existen pocos informes sobre el tema, pero el estudio RN4CAST<sup>21</sup> generó una amplia base de datos empíricos sobre cuestiones relacionadas con el personal de enfermería en todos los sistemas sanitarios europeos, que fue única en cuanto a los datos sobre el número y las cualificaciones del personal de enfermería, la calidad de los entornos laborales, las tasas de agotamiento, las tasas de satisfacción en el trabajo y las tasas de intención de abandonar el puesto. La mejora del entorno laboral es una medida de bajo coste y eficaz para maximizar el valor de la inversión en personal de enfermería, ya que mejora las condiciones de trabajo, lo que atrae a nuevas enfermeras y evita altas tasas de rotación de personal.

Otro punto importante es que son necesarias metodologías integrales de planificación y pronóstico que tengan en cuenta el aumento de la dependencia de la población del sistema de salud debido al cambio demográfico. Existen estudios que relacionan la cualificación del personal enfermero con la mortalidad de los pacientes, lo que evidentemente puede influir en la toma de decisiones futuras sobre la estructura europea de cualificación del personal sanitario. Si bien los países han progresado, sigue habiendo una gran diversidad y diferencias en el ritmo con el que han tratado de transformar sus sistemas de formación de enfermería de una base profesional a una base académica. Además, algunos países carecen de carreras clínicas necesarias para motivar la educación superior (por ejemplo, Suecia), mientras que otros no distinguen entre las funciones de las enfermeras con estudios superiores e intermedios en la práctica (por ejemplo, los Países Bajos y Bélgica).

La pérdida de personal sanitario incrementa la escasez de trabajadores cualificados y constituye un obstáculo a la hora de que los distintos países alcancen los objetivos de cobertura y equidad en materia de salud y calidad de atención al usuario. Los países receptores necesitan trabajar para lograr una mayor autosuficiencia y, al mismo tiempo, ayudar a las personas migrantes a integrarse efectivamente en la fuerza laboral. Los países emisores necesitan analizar qué medidas pueden tomar para evitar salidas incontroladas e indeseadas y cómo beneficiarse de la migración de retorno. Es importante no solo maximizar la contribución de estos profesionales altamente cualificados en el sistema sanitario receptor, sino también facilitar que las personas desplieguen sus competencias y cualificaciones en el lugar que elijan.

En los flujos de reclutamiento focalizados hay poca investigación empírica sobre el impacto de estos en la organización del cuidado de la salud y, lo que es más importante, sobre su duración, para informar a los planificadores de la fuerza laboral. Según muchas organizaciones, a lo largo de 2014-15, el número de enfermeras disponibles (nuevos posibles reclutas) procedentes de la UE/EEE fue inferior al de años

anteriores<sup>24</sup>. A medida que se extienden las tasas de vacantes, más organizaciones (y países) se ven obligadas a unirse a la búsqueda de enfermeras a través de campañas europeas de contratación. Sin embargo, el número de enfermeras de los países de la UE/EEE es limitado<sup>24</sup> y el número de reclutadores ha ido en aumento.

Un problema que se pone de manifiesto en este estudio es que si bien los trabajadores sanitarios migrantes y los países receptores se benefician en general, son los países donantes y sus ciudadanos los que más sufren la fuga de personal sanitario lo que no es deseable en términos de calidad y equidad de los servicios de salud. Por otro lado, la escasez crónica que algunos países europeos tienen de personal sanitario revela un problema estructural que pone de manifiesto que muchos sistemas de salud son insostenibles, ya que dependen de mano de obra extranjera para prestar sus servicios debido al envejecimiento de la propia sociedad. Este fenómeno se acrecienta en tiempos de crisis económica, los países menos afectados por la recesión podrían atraer aún más profesionales de la salud de países donde se están recortando los salarios en el sector médico y se está reduciendo la fuerza laboral de salud, de esta forma se traslada la escasez de mano de obra de un país a otro.

Mientras la demanda internacional sobrepase su oferta, la formación de más trabajadores de salud en los países de bajos ingresos no será una solución efectiva, puesto que esto simplemente sirve para alimentar aún más el mercado de exportación. La solución pasa por la creación de una mayor oferta de trabajadores sanitarios mediante la mejora de las condiciones generales de trabajo y el aumento del atractivo de los puestos de enfermería y otros sanitarios para los futuros profesionales locales. Si bien esta no es la solución más fácil y barata, es la única que puede hacer frente de manera eficaz a la escasez de personal y, al mismo tiempo, ser justa y sostenible para los países exportadores de personal sanitario.

A pesar de la importancia de contar con estimaciones exactas de la tasa de abandono de los profesionales (ya sea por emigración o por agotamiento voluntario) para realizar planificaciones efectivas en la gestión de los recursos humanos, se detecta que hay una gran escasez de definiciones estandarizadas entre países, métodos de medición, estudios globales o algún tipo de información en el ámbito estatal que permite comprobar su magnitud. Esto representa un obstáculo importante a la hora de poder cuantificar el fenómeno migratorio en su base, que es la cuantitativa.

Por último, dado que los problemas de calidad hospitalaria, seguridad y retención del personal son comunes en todos los países, la adecuación de los ratios (nº enfermeras/1.000 habitantes, nº enfermeras/paciente, nº matronas/1.000 nacimientos y nº matronas/1.000 habitantes) en el ámbito europeo se presenta como el pilar fundamental para mantener y mejorar la seguridad del paciente. Los cambios organizativos

en el futuro sistema sanitario, como son el incremento de la atención ambulatoria y domiciliaria, y las nuevas estrategias de cuidados también deben ser tenidos en cuenta especialmente en la planificación de los futuros recursos humanos.

### Limitaciones del estudio

Como limitaciones de este estudio se indica que no fue posible cuantificar de forma específica el fenómeno migratorio entre España y el resto de Europa del personal sanitario. La falta de registros específicos, ya sean oficiales o a través de organismos como los colegios profesionales, hacen imposible tener resultados informados pudiendo ofrecer solo estimaciones. Tampoco fue posible diferenciar entre los resultados pertenecientes al sector público o al sector privado.

Por otro lado, el periodo de tiempo escogido para la búsqueda bibliográfica (solo ocho años) y que el análisis realizado se limita a los resultados de búsqueda de tres bases de datos, aunque estas son bien conocidas y tienen una amplia base documental, puede ser también causa de limitación en el estudio.

### Conclusiones

En el actual contexto de libre circulación de los ciudadanos europeos la escasez de enfermeras y matronas amenaza a casi todos los países europeos, por lo que es necesario adoptar medidas para mantener una mano de obra enfermera sana y satisfecha, atraer a nuevo personal sanitario y garantizar una atención de alta calidad. La salida incontrolada de personal sanitario compromete la capacidad del sistema sanitario emisor, la efectiva cobertura de competencias enfermeras y la calidad en la atención al paciente en general y la mujer gestante en particular, profundizando de este modo en la inequidad del sistema.

Las estrategias encontradas para gestionar este fenómeno varían desde los acuerdos bilaterales entre países o instituciones de salud para la gestión de esta migración, estableciendo límites en el número de profesionales que pueden ser contratados hasta la implementación de códigos de buenas prácticas para restringir la contratación activa de determinados países remitentes.

Actualmente, dada la ausencia de datos oficiales, no se sabe a ciencia cierta el número de enfermeras/matronas que están trabajando en el exterior y solo se pueden tener algunas indicaciones acerca de la tendencia existente pero la imposibilidad de capturar buenos datos lo hace difícil. Corresponde a los responsables políticos tomar medidas para realizar con garantías una adecuada planificación de los recursos humanos conque el sistema sanitario va a contar en un ho-

rizonte próximo. El mantenimiento de la calidad en la asistencia al usuario, el cuidado de la masa laboral enfermera como elemento básico del sistema y una adecuada redistribución entre países emisores y receptores de personal sanitario son los objetivos a lograr.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Kingma M. Nurses on the move: migration and the global health care economy. NY: Cornell University Press: Ithaca; 2006.
2. Trabajo para enfermeras [sede web]. Enfermeras en Alemania y Suiza. Granada: TTA Personal GmbH empresa de intermediación; 2012 [citado 16 mar 2018]. Disponible en: <http://trabajoparaenfermeras.com/2014/11/tasa-paro-enfermeria-comunidades.html>
3. Young R, Weir H, Buchan J. Health Professional Mobility in Europe and the UK: A Scoping Study of Issues and Evidence. Research Report to the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. London: Queen's Printer and Controller of HMSO; 2010. [cited 16 mar 2018]. Available from: [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1619-134\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1619-134_V01.pdf)
4. Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J. Health Professional Mobility and Health Systems-Evidence from 17 European countries [internet]. Copenhagen: World Health Organisation, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. [cited 16 mar 2018]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170421/1/Health-Professional-Mobility-Health-Systems.pdf>
5. Young R. A major destination country: The United Kingdom and its changing recruitment policies. Copenhagen: World Health Organisation, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
6. Bruyneel L. A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: Reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries. International Journal of Nursing Studies. 2013; 50(2):202-9.
7. Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C, Contreras Moreira M. RN4CAST. Informe global hospitales españoles. Parte 1 Ambiente de trabajo y resultados de las enfermeras [internet]. Madrid: Instituto de salud Carlos III. Seventh Framework Programme;

- 2013 [citado 16 mar 2018]. Disponible en: <http://enfermeria-comunitaria.org/web/attachments/article/322/Informe%20RN4CAST%20hospitales%20espan%CC%83oles.pdf>
8. Glinos IA. Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. *Health Policy* 2015; 119:1529-36.
  9. Leone C, Bruyneel L, Anderson JE. Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*. 2015; 119:1584-92.
  10. Kreutzen M, Dussault G, Craveiro I. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy* 2015; 119:1517-28.
  11. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J. Health professional mobility in a changing Europe New dynamics, mobile individuals and diverse responses [internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014. [cited 16 mar 2018]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/248343/Health-professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf)
  12. López Blanco JA, Carbajo Arias A, De Jorge Gallego M, Camarero Bernabé C. Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dirección General de ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección; 2012. [citado 16 mar 2018]. Disponible en: [https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)
  13. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context global shortages and international migration. *Glob Health Action*. 2014, 7:23611-8.
  14. Castro Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A. A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*. 2017; 15:21-22.
  15. Aiken L, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier CB, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2017; 26(7):559-68.
  16. Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717.
  17. Day-Stirk F, Laski L, Mason E, Barry J, David B, de Bernis L, et al. El estado de las parteras en el Mundo 2014, hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. New York: Organización Mundial de la Salud, International Confederation of Midwives; 2014. [citado 16 mar 2018]. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014\\_complete-Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf)
  18. Sanabria Mora H. Migraciones profesionales en la UE, oportunidades para el desarrollo compartido. Madrid: Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Comunidad Europea (CE)/Observatorio Social del Ecuador (OSE)/Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2010. [citado 16 mar 2018]. Disponible en: [http://www.observatorio.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/instrumentos\\_migracion.pdf](http://www.observatorio.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/instrumentos_migracion.pdf)
  19. Hernández S. La migración de personal de salud: un fenómeno que incide en la salud global [monografía en internet]. Madrid: Intergrupo Parlamentario sobre población; 2011 [citado 16 mar 2018]. Disponible en: <http://intergruposalud.es/wp-content/uploads/2013/12/Migraci%C3%B3n-del-personal-de-salud.pdf>
  20. Masanet E. La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general. *Obets. Revista de Ciencias Sociales*. 2010; 5(2):243-67.
  21. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*. 2011; 10:6-9.
  22. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014; 383(9931):1824-30.
  23. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D. Organization of hospital nursing, provision of nursing care and patient experiences with care in Europe. *Medical Care Research Review*. 2015; 72(6):643-64.
  24. NHS Employers. NHS registered nurse supply and demand survey-findings. London: Report to inform the Migration Advisory Committee (MAC) on the partial review of the shortage occupation list: 2015. [cited 16 mar 2018]. Available from: <http://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Publications/Workforce-Supply/NHS-registered-nurse-supply-and-demand-survey-findings-Dec-2015-FINAL.PDF>

<sup>1</sup> Ana Sánchez Fortis  
<sup>2</sup> Carmen Sánchez Fortis  
<sup>3</sup> María Dolores Pozo Cano

## Satisfacción de las mujeres con la atención al parto

<sup>1</sup> Enfermera. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada

E-mail: [sanchez.fortis95@gmail.com](mailto:sanchez.fortis95@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermera Hospital Son Espases. Palma de Mallorca, Islas Baleares

<sup>3</sup> Matrona. Docente de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada

### Resumen

**Introducción:** la satisfacción percibida por las madres con la experiencia de parto está relacionada con numerosos factores. Es necesario incorporar la visión de las mujeres embarazadas durante este proceso, con la finalidad de conocer sus necesidades y expectativas.

**Objetivos:** identificar la satisfacción global de las mujeres durante la atención al parto y analizar los factores que influyen en la misma.

**Métodos:** revisión de la literatura científica desde 2007 hasta la actualidad en bases de datos *Pubmed*, *Scopus* y *Cuiden Plus*. También se utilizó revisión inversa.

**Resultados y discusión:** la satisfacción global respecto a la experiencia de parto estuvo entre el 24,4% y el 92,5%. En cuanto a los factores relacionados con la satisfacción, se encontraron asociaciones significativas con el cumplimiento de las expectativas y el acompañamiento de una persona de elección. Aunque no se encontró asociación significativa entre el apoyo del personal sanitario y la experiencia de parto, las mujeres embarazadas consideraron como factores influyentes en la satisfacción, el trato de los profesionales sanitarios, la información recibida durante el proceso y recibir el método de alivio del dolor elegido por ellas.

**Conclusiones:** la satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto fue elevada. Los factores que más influyen en la satisfacción de las mujeres con el parto son: el acompañamiento de una persona de elección, el apoyo de los profesionales sanitarios, recibir información detallada y comprensible con el proceso, que le ayude a tomar decisiones, así como que se cumplan sus expectativas respecto al parto y en relación al alivio del dolor.

**Palabras clave:** satisfacción del paciente; parto; atención; experiencia; expectativas.

### Abstract

*Satisfaction of women with delivery care*

**Introduction:** satisfaction perceived by mothers regarding the experience of childbirth is related to a number of factors. The insight of pregnant women on this process, should be integrated in order to know their needs and expectations.

**Purpose:** to identify the overall satisfaction of women during delivery care and to analyze the factors having an influence on it.

**Methods:** a review of the scientific literature from 2007 to current in databases *Pubmed*, *Scopus*, *Cuiden Plus*. Reverse review was also used.

**Results and discussion:** overall satisfaction with the delivery experience range from 24.4% to 92.5%. Regarding the factors related to satisfaction, significant associations were found with the fulfillment of expectations and the accompaniment of a person of choice. Although no significant association was found between the support of healthcare staff and the experience of childbirth, pregnant women considered the following factors to influence the satisfaction: interaction with healthcare professionals, information received during the process, and having the method of pain relief the patients choose.

**Conclusions:** the overall satisfaction of pregnant women with the care received during childbirth was high. The factors that most influence the satisfaction of women with childbirth are: the accompaniment of their person of choice, the support by healthcare professionals, receiving detailed and understandable information on the process that helps them make decisions and meet their expectations regarding delivery and in relation to pain relief.

**Key words:** patient satisfaction; delivery; care; experience; expectations.

## Introducción

La satisfacción del paciente se define como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido<sup>1</sup>, es un indicador de resultado de la calidad de los servicios y de la atención que recibe el paciente. Son muchas las variables que se relacionan con la satisfacción, por lo que su medición puede resultar dificultosa<sup>2</sup>.

La satisfacción percibida por las mujeres gestantes con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo está relacionada con un elevado número de factores, tales como las expectativas personales de las mujeres, el alivio del dolor, el apoyo recibido tanto por los familiares como por los profesionales sanitarios, la calidad de la relación con estos últimos, así como el cumplimiento de las expectativas de las madres<sup>2,3</sup>.

El parto es un acontecimiento vital muy importante en la vida de las mujeres, en el que se producen numerosos cambios fisiológicos y psicológicos. Supone un momento único, repleto de emociones, que cada mujer gestante vive de forma diferente, por lo que debe de ser atendido de forma individual, humanizada e integral<sup>4</sup>.

A finales del siglo XIX, el avance de la ciencia y de las tecnologías supuso un enfoque más tecnológico en la atención sanitaria, se construyeron modelos mecanicistas de la salud que afectaron a la forma de asistencia al parto, iniciándose así una etapa de medicalización. Se representa a la mujer como una enferma que necesita asistencia médica<sup>4</sup>. Sin embargo, en la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reexaminó estos modelos mecanicistas llegando a la conclusión de que no respetaban el derecho de

las mujeres a recibir una atención adecuada a sus necesidades y expectativas. A partir de este momento se adoptó una nueva visión acerca de la mujer gestante, en la que todos los aspectos relacionados con la planificación, ejecución y evaluación de la atención se centran en la participación y decisión de las mujeres embarazadas durante el proceso de parto. Se comenzó a valorar la necesidad de aplicar un modelo de atención personalizada e integral, basada en la evidencia científica y que tuviese en cuenta los factores individuales de cada mujer, así como familiares, psicológicos, sociales y espirituales<sup>4</sup>.

Como se ha mencionado anteriormente, existen múltiples factores asociados a la satisfacción de las mujeres con esta experiencia. Por ello, resulta necesario identificar la satisfacción materna como instrumento para incrementar la calidad asistencial. Así como incorporar la visión de las mujeres embarazadas sobre la atención recibida en el proceso de parto con la finalidad de conocer sus necesidades y mejorar aquellas áreas de actuación en las cuales las madres están menos satisfechas<sup>3</sup>.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar la satisfacción global de las mujeres durante la atención al parto y analizar los factores que influyen en la misma.

## Métodos

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos biomédicas: *Pubmed*, *Scopus* y *Cuiden Plus*. También se utilizó revisión inversa (Figura 1).

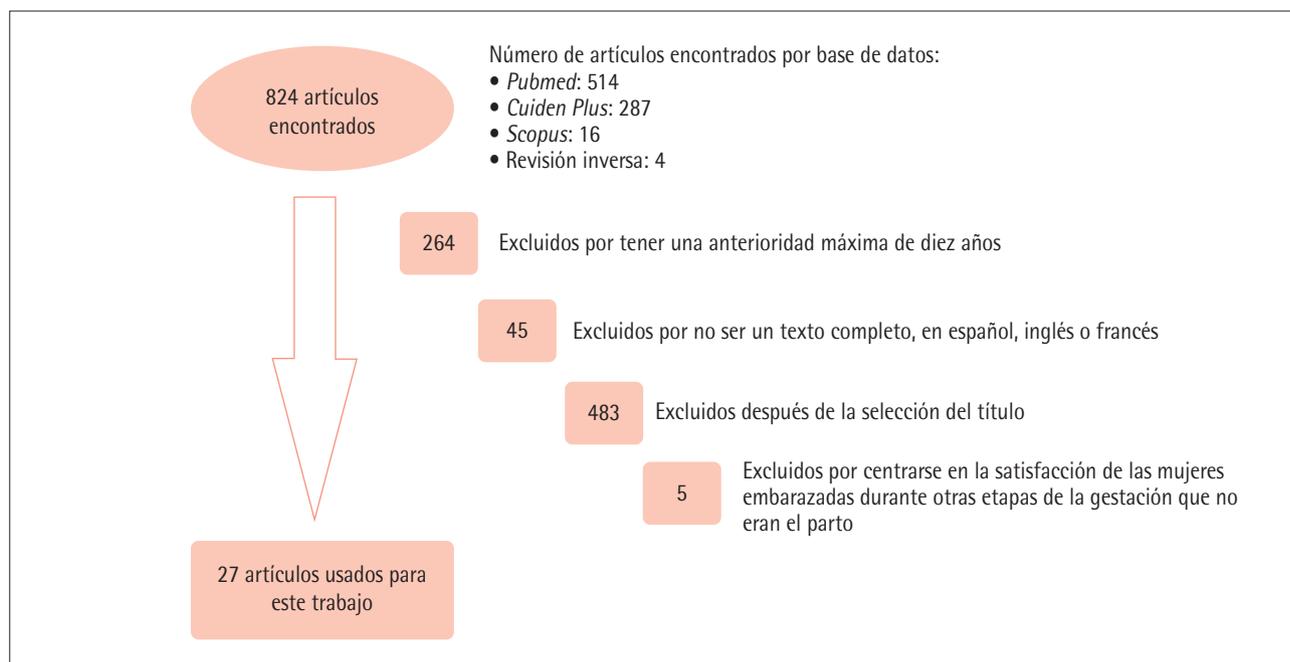


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios

Los descriptores utilizados del tesauro DeCs para la búsqueda bibliográfica han sido los siguientes: *patient satisfaction, delivery, attention, experience, expectations* y sus equivalentes en español: satisfacción del paciente, parto, atención, experiencia y expectativas. Se han utilizado operadores booleanos; "AND", "OR", combinados con las palabras clave.

Los resultados se limitaron a artículos de investigación que aportaran elementos relevantes sobre el tema. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Se descartaron los artículos publicados con una anterioridad máxima de diez años (desde 2007 hasta la actualidad).
- La muestra de estudio se limitó a la población gestante sin considerar ninguna variable.
- Artículos cuyos resultados se centraban en la satisfacción durante el parto y no en el periodo prenatal o postnatal.
- Artículos seleccionados por texto completo, escritos en español, inglés y francés.

## Resultados y discusión

La satisfacción global respecto a la experiencia de parto fue en general positiva<sup>5-7</sup>. Esto puede deberse a que la satisfacción materna se incrementa cuando la madre finalmente ve a su hijo sano y las experiencias negativas se minimizan. Lindholm et al.<sup>8</sup> encontraron en su estudio que el 82% de las mujeres tuvo una experiencia positiva del parto, en concordancia con otros autores que obtuvieron resultados similares 74,9%<sup>9</sup> y 86%<sup>10</sup>. Los mejores niveles de satisfacción se encontraron en el estudio de Fernández Raigada et al.<sup>3</sup> que obtuvieron un 94,3% de mujeres satisfechas y el de Branger et al.<sup>11</sup> que alcanzó 92,5%.

Estos altos niveles de satisfacción también fueron obtenidos por Cicuto et al.<sup>12</sup> en cuyo estudio el grado de satisfacción fue 9 de promedio en una escala de 1 a 10 y por Marín Morales et al.<sup>13</sup> cuyo instrumento de medida fue la Escala de Satisfacción del Parto de Mackey (*Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale*) y los resultados fueron de 4,14, que se midieron mediante una escala tipo *Likert* de 1 (muy insatisfecha) a 5 (muy satisfecha).

Estos resultados son mejores que los obtenidos en otras investigaciones<sup>14,15</sup>, entre las que destaca el trabajo de Mohammad et al.<sup>15</sup>, donde solo el 24,4% de las mujeres consultadas tuvo un parto satisfactorio. Estos porcentajes tan bajos de satisfacción pueden estar relacionados con la calidad de la atención recibida, puesto que son países en desarrollo donde sus costumbres difieren de las costumbres occidentales y los recursos sanitarios son escasos.

Otros autores que realizaron estudios cualitativos obtuvieron respuestas satisfactorias con la vivencia del parto: "Es una experiencia mágica, pero de alguna manera hay

*que ser consciente de lo que se trata..."*<sup>16</sup>, "Después de ver a Camila, todo lo que había pasado valió la pena, y el resto pasó a segundo plano"<sup>17</sup>. Por el contrario, en la investigación de Molina Media et al.<sup>18</sup> se pudo observar un nivel de satisfacción menor: "No me dieron opción a elegir nada... me sentí como un muñeco". Las madres consideraron sentirse como una figura pasiva y conformista, ya que existen unos protocolos preestablecidos que tienen poco en cuenta sus necesidades y/o preferencias por lo que estas solicitan que se realicen los cambios pertinentes en esta atención para que la mujer recupere su protagonismo en el parto<sup>18</sup>.

Se han identificado factores implicados en la satisfacción de las madres con la atención al parto como el acompañamiento durante el mismo, el trato del personal sanitario, el alivio del dolor y el cumplimiento de las expectativas.

La presencia de una persona de confianza o de la pareja es importante en el nivel de satisfacción de las mujeres, puesto que supone un apoyo de tranquilidad y seguridad durante todo el proceso de parto<sup>5,19,20,21</sup>. En línea con estos resultados, Weeks et al.<sup>14</sup> encontraron en su estudio que el acompañamiento de una persona de elección durante el parto se asoció significativamente con el incremento de la satisfacción materna. El acompañante puede solicitar más información y además puede implicarse en la toma de decisiones junto con la mujer gestante<sup>14</sup>. Estos hallazgos están en consonancia con otras investigaciones que han demostrado que la presencia de un acompañante es un elemento positivo que mejora la fisiología del trabajo de parto, la sensación de control y la competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas<sup>22</sup>.

Algunos estudios han reflejado la satisfacción materna con el acompañamiento mediante expresiones de las mujeres como: "Quiero decir, éramos dos compartiendo el embarazo y fue un momento muy positivo... Me sentía segura con él y no había nada extraño"<sup>16</sup>, "Estar con alguien hace que todo sea más fácil..."<sup>17</sup>. Por el contrario, la ausencia de una persona de confianza durante el parto se vinculó con una experiencia menos satisfactoria<sup>6</sup>. El miedo y la ansiedad son sentimientos que están presentes y la falta de un acompañante de elección puede convertirse en un agente de intranquilidad que afecta a la satisfacción materna<sup>20</sup>.

A diferencia de otros estudios<sup>6,14</sup>, Hildingsson<sup>23</sup> no encontró asociación significativa entre el apoyo de un compañero y la experiencia de parto, pero aún así, las mujeres mostraron la necesidad de una persona de confianza durante el mismo que les confiriera esa sensación de tranquilidad.

Respecto a la implicación de la pareja durante el trabajo de parto, Molina Medina et al.<sup>18</sup> reflejaron como las mujeres estuvieron poco satisfechas con el acompañamiento de la pareja, debido a la poca predisposición de esta durante el proceso: "Mi marido llegó, entró en la sala de dilatación y

*se quedó sentado en el sillón... dormido, claro que tampoco tenía nada mejor que hacer".*

Aunque no se han encontrado suficientes investigaciones que comparen la satisfacción sobre el acompañamiento, sí se ha observado la necesidad que tienen las madres de ser acompañadas durante el parto<sup>5</sup>, por lo que es de esencial importancia que los profesionales sanitarios tengan en cuenta la presencia de la pareja y la inviten a que sea parte del equipo para mejorar el bienestar de la mujer<sup>18</sup>.

La atención del personal de la salud durante el proceso de parto es un elemento indispensable que influye en la satisfacción materna<sup>17,19,24</sup>. Las acciones del personal sanitario que fueron valoradas de forma muy positiva y que contribuyeron a mejorar el bienestar físico y psicológico de las mujeres gestantes fueron: ayudar a controlar el dolor, dar apoyo emocional, facilitar información sobre el proceso e incrementar su participación durante todo el acontecimiento<sup>2</sup>.

*"La asistencia médica durante el parto puede mejorar los procesos fisiológicos, así como los sentimientos de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica"*<sup>19</sup>.

Un estudio obtuvo que un 75,56% de las mujeres gestantes estuvo muy satisfecha con el trato cercano, la competencia y la confianza del personal sanitario<sup>25</sup>, resultado similar al 73,33% de satisfacción obtenido por Aguilar Cordero et al.<sup>5</sup>. Mientras que García Puga et al.<sup>7</sup> encontraron una menor satisfacción con los profesionales, probablemente esto se deba a la escasez tanto de personal médico como de enfermería que había en el medio en que se realizó el trabajo.

Aunque todos los profesionales del equipo fueron bien valorados<sup>26</sup>, algunas investigaciones estuvieron de acuerdo en destacar el trabajo de la matrona como un punto fuerte sobre la experiencia de parto, siendo esta un elemento tranquilizador que ayudó a las mujeres parturientas a relajarse y mantener el control<sup>6,13,16,20,21,26,27</sup>.

En general, la satisfacción con el trato recibido por el personal sanitario fue elevada<sup>5,16,17,25,26</sup>; sin embargo, algunos estudios indican que la información recibida durante todo el proceso fue escasa<sup>20,22,24,26</sup>, siendo este un factor influyente en el control y en la autonomía de las madres durante el parto<sup>19,21</sup>. Esquivel et al.<sup>28</sup> encontraron que un 52% de las mujeres estuvo insatisfecha con la información obtenida, dato que contrasta con el 92,9% de mujeres gestantes satisfechas obtenido por otros investigadores<sup>3</sup>, aunque esta diferencia puede deberse a que no se utilizó el mismo cuestionario para la recogida de datos. Esta situación deja entrever la necesidad de comunicación entre las mujeres gestantes y el personal responsable de su cuidado para que el parto sea una experiencia lo más satisfactoria posible.

Respecto al dolor, este es una experiencia individual subjetiva que está influenciado por múltiples factores, desde los sentimientos hasta el contexto sociocultural en el que vivimos. Generalmente, el parto es vivido como un acontecimiento muy doloroso que las mujeres experimentan durante su vida, por lo que el alivio del dolor es una de las necesidades más importantes para las madres durante este proceso<sup>19</sup>.

Un alto nivel de percepción de dolor se asoció significativamente con una menor satisfacción materna<sup>6,15</sup>, esto demuestra la necesidad de que las mujeres sean informadas sobre los posibles métodos de analgesia a los que pueden acceder y decidir sobre cuál de ellos quieren utilizar<sup>6</sup>. Las mujeres embarazadas que recibieron el método de alivio del dolor elegido por ellas, manifestaron mayor nivel de satisfacción<sup>2</sup>.

El manejo del dolor con métodos farmacológicos se relacionó significativamente con una menor satisfacción<sup>14</sup>, este hallazgo está en línea con otros estudios, en los que el uso de la analgesia epidural se asoció a una experiencia negativa<sup>6,8</sup>, ya que muchas mujeres refirieron sentirse muy anestesiadas y adormecidas las extremidades<sup>22</sup>. En discrepancia con estos resultados, algunas investigaciones hallaron que los niveles de satisfacción fueron mejores entre las mujeres gestantes que decidieron utilizar la analgesia epidural en comparación que aquellas que no hicieron uso este método<sup>2,24,27</sup>.

Aunque en la mayoría de los estudios consultados el método de alivio del dolor más usado y elegido por las mujeres fue la analgesia epidural<sup>2,24,27</sup>, Lindholm et al.<sup>8</sup> obtuvieron que el método más utilizado y preferido por las mujeres gestantes fue el óxido nitroso y en menor proporción los métodos no farmacológicos tales como el baño, masaje y el control de la respiración. Hallazgos similares encontraron Karlstrom et al.<sup>16</sup> en su investigación.

Otros estudios mostraron que la soledad y la falta de apoyo emocional pueden aumentar el miedo al parto y provocar una percepción del dolor más severa<sup>16,17</sup>, por lo que el alivio del mismo no solo se puede controlar con métodos farmacológicos, sino que la gestión eficaz del dolor se puede lograr a través de diversas vías, incluyendo el apoyo continuo de la pareja y la calidad de la relación entre la mujer gestante y el personal sanitario<sup>16</sup>.

En general el alivio del dolor no desempeña un papel tan importante durante el parto en cuanto a la satisfacción, a menos que las expectativas en relación con el mismo no se cumplan<sup>2</sup>.

Se ha encontrado que la satisfacción materna guarda correlación positiva con las expectativas<sup>7</sup>, así las mujeres cuyo parto fue como ellas esperaban se muestran más satisfechas que aquellas cuyas expectativas no se cumplieron<sup>2,7,29</sup>. Estos resultados indican que las madres valoran la experiencia de parto en función a que se cumplan o no sus expectativas.

Por lo que el cumplimiento de las mismas ha sido el factor determinante más consistente de satisfacción con el parto<sup>7</sup>. Es responsabilidad del personal sanitario capacitar a las mujeres con respecto a sus expectativas y hablar sobre el parto como una experiencia satisfactoria<sup>23</sup>.

Las expectativas previas de las mujeres y su grado de disconformidad con la experiencia real pueden afectar a la satisfacción global del parto<sup>16,27</sup>. Kuo et al.<sup>30</sup> obtuvieron que los planes de parto son un medio eficaz para cumplir con las expectativas de las mujeres gestantes, estos proporcionan a las mujeres un mayor grado de control y en general una experiencia positiva. Los planes de parto pueden influir en el cumplimiento de las expectativas de varias formas: capacitan a las madres de unas expectativas realistas, estimulan a mantener el control y pueden ayudar a "lidar" con el proceso de parto. En discordancia con estos resultados, Higueros-Macías et al.<sup>22</sup> mostraron cómo las mujeres que tenían un plan de parto se sintieron más decepcionadas que aquellas que no presentaron un plan de parto debido a que muchas de las peticiones que formularon no pudieron ser cumplidas. En muchas ocasiones, las mujeres gestantes piden que se realicen determinadas intervenciones que no siempre se pueden llevar a cabo, porque en la mayoría de los casos las circunstancias en las que se desarrolla el parto no lo permiten.

Como implicaciones para la práctica clínica sería conveniente considerar este trabajo como una herramienta enriquecedora en el conocimiento de las necesidades maternas durante el proceso de parto para mejorar la satisfacción. A partir del mismo, surge la idea de facilitar la formación continua de los profesionales de la salud que trabajan en esta área o que atienden a las mujeres, promoviendo las relaciones empáticas con los pacientes, para conocer sus demandas y expectativas con el fin de poder cumplirlas.

Otros elementos a considerar por estos profesionales de la salud serían: fomentar la implicación y el apoyo de la figura paterna durante el parto, así como informar a las mujeres sobre las prácticas y procedimientos para que estas puedan participar en la toma de decisiones.

Las limitaciones del presente trabajo serían: la dificultad de generalizar los resultados obtenidos, ya que se han utilizado diferentes escalas de valoración, así como trabajos de diseño cualitativo y cuantitativo. Además, se han encontrado muchos artículos que tratan sobre la satisfacción global; sin embargo, muy poca variedad sobre estudios relacionados con los factores que influyen en la misma.

## Conclusiones

La satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto fue elevada en la mayoría de los estudios revisados, aunque se han utilizado diferentes cuestionarios de valoración.

Los factores que más influyen en la satisfacción de las mujeres con el parto son: el acompañamiento materno por parte de la pareja o familiar, el apoyo de los profesionales sanitarios, recibir información detallada y comprensible con el proceso que le ayude a tomar decisiones, así como que se cumplan las expectativas de las madres respecto a su idea de parto y, sobre todo, en relación al alivio del dolor.

Es necesario seguir investigando y desarrollar nuevos estudios que recopilen en profundidad las necesidades y demandas de las mujeres embarazadas durante el parto y adaptar la asistencia sanitaria a las mismas.

## Bibliografía

1. Márquez Peiró JF, Pérez Peiró C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farm Hosp.* 2008; 32(2):71-6.
2. Mans Pons R, Barona Vilar C, Carreguí Vilar S, Ibáñez Gil N, Margaix Contestad L, Escribar Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit.* 2012; 26(3):236-42.
3. Fernández Raigada RI, Fernández Feito A. Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria. *Rev Paraninfo* [internet]. 2014 [citado 16 mar 2018]; 20. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG%20RosaFernandezRaigada.pdf>
4. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia. *AIBR-Rev Antropol IB.* 2012; 7(2):225-47.
5. Aguilar Cordero MJ, Sáez Martín I, Menor Rodríguez MJ, Mur Villar N, Ruiz Expósito M, Hervás Pérez A, et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp.* 2013; 28(3):920-6.
6. Spaich S, Wezel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sutterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 170(2):401-6.
7. García Puga JA, Medina Ortiz SG. Factores asociados a la satisfacción materna con la experiencia del nacimiento de su hijo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2009; 26(1).
8. Lindholm A, Hildingsson I. Women's preferences and received pain relief in childbirth—A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sex Reprod Healthc.* 2015; 6(2):74-81.

9. Mesafint Ewunetu M, Worku Despertó Y, Zelalem Alamrew A. Women's satisfaction with with childbirth care in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar city, Northwest Ethiopia, 2014: cross sectional study. *BMC Res Notes*. 2015; 8:528.
10. Acosta Navarro NA, Rocha Rodríguez MR, Urbina Aguilar BA, Rodríguez Padilla ME. Satisfacción materna con la atención hospitalaria proporcionada en una institución pública. *Rev Paraninfo Digital* [internet]. 2015 [citado 16 mar 2018]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/242.php>
11. Branger B, Le Coz F, Gillard P, Merot E, Winer N. Pregnancy and delivery satisfaction of 424 patients in Perinatal Health Network "Sécurité Naissance" of Pays-de-la-Loire area. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2014; 43(5):361-70.
12. Cicuto AG, Belisário CRL, Tavares BB. Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(2):208-14.
13. Marín Morales D, Toro Molina S, Carmona Monge FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Inv* [internet]. 2013 [citado 16 mar 2018]; 10(63). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/618>
14. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among chilean women. *J Midwifery Womens Health*. 2017; 62(2):196-203.
15. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *Int Nurs Rev*. 2014; 61(2):278-84.
16. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:251.
17. Giraldo Montoya DI, González Mazuelos EM, Henao López CP. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av. enferm*. 2015; 33(2):271-81.
18. Molina Medina AI, Román Gálvez MR. Expectativas y experiencias de parto entre mujeres primíparas. Estudio cualitativo. *Paraninfo Digital* [internet]. 2014 [citado 18 mar 2018]; 20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/042.pdf>
19. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahram J. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Promot Salud*. 2015; 4:6.
20. Ferreiro Losada MT, Díaz Sanisidro E, Martínez Romero MD, Rial Boubeta A, Varella Mallou J, Clavería Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Rev Calid Asist*. 2013; 28(5):291-9.
21. Torres Martínez JA. ¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto? *Matronas Hoy* [internet]. 2017 [citado 18 mar 2018]; 5(2). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/115/>
22. Higuero Macías JC, Crespillo García E, Mérida Téllez JM, Martín Martínez SR, Pérez Trueba E, Mañón Di Leo JC. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof*. 2013; 14(3-4):84-9.
23. Hildingsson I. Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study *Women Birth*. 2015; 28(2):7-13.
24. Goberna Tricas J, Banús Gimenez MA, Palacio Tauste A. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*. 2011; 27:231-47.
25. Vena M, Revolo Sánchez M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Med fam Andal* 2011; 3:273-85.
26. Díaz Sáez J, Catalán Matamoros D, Fernández Martínez MM, Granados Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit* [internet]. 2011 [citado 18 mar 2018]; 25(6):483-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000600008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600008&lng=es)
27. Ramón Arbués E, Juárez Vela R, Martínez Abadía Blanca, Martín Gomez S. Satisfacción materna con la experiencia del parto. *Metas Enferm* [internet]. 2015 [citado 18 mar 2018]; 18(1):62-5. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80697/>
28. Esquivel Príncipe PJ, Solís Villanueva AN. Satisfacción de las madres con el cuidado obstétrico durante el parto y puerperio, maternidad de María. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*. 2015; 2(1):333-41.
29. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 2016; 43(2):144-50.
30. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(7):806-14.

## HOMENAJE PÓSTUMO A CONSUELO RUIZ VELEZ-FRÍAS



En homenaje a una mujer y matrona grande, no por su tamaño físico que ciertamente era menuda, sino por su entusiasmo y entrega a la vida y a la profesión de matrona, insertamos este artículo póstumo que Consuelo Ruiz Vélez-Frías, asidua y fiel colaboradora de la Asociación Española de Matronas, nos dejó y quedó pendiente de publicación desde hace años.

Para quienes no la conocieron, Consuelo fue una mujer curiosa que, sin los medios actuales de formación e información, buscaba y rebuscaba, leía, observaba y se empapaba de la vida y de todo lo relacionado con la profesión. Mujer con una personalidad emprendedora, llena de energía, fuerza y vitalidad hasta el final de su vida; mujer de carácter que no veía obstáculos, sino retos; dueña de su voluntad, amiga de sus amigos, mujer de arraigados principios y notables valores, que encontraba alegría en cualquier cosa que hiciera y que hasta su último minuto suspiró porque esta noble profesión de matrona se engrandeciera con el esfuerzo de cada uno de los profesionales que la integráramos. Fue la primera matrona que publicó un libro sobre el parto sin dolor, disciplina en la que se había formado en Francia con Lamaze en los años 50 del pasado siglo.

De este trabajo mecanografiado que ella nos remitió (ver carta adjunta), además de informarnos sobre esta costumbre curiosa que describe, cabe destacar un buen número de afirmaciones propias que, fiel a su expresión directa "a las claras", intercala en el texto.

Seguramente el destino ha querido que este trabajo estuviera durante todos estos años esperando ver la luz, porque en este momento, leyendo estas líneas, nadie de la profesión pondrá en duda que, como ella afirmaba no sin grandes dosis de pena, el parto ha perdido la naturalidad que lo caracteriza y no siempre los adelantos médicos, económicos, culturales y sociales han contribuido a mejorar el mayor acontecimiento de la vida de la mujer: su parto y el nacimiento de su hijo. En este artículo una vez más se incide en este problema que marca la maternidad de nuestra era y, por ende, a la profesión de matrona. Esta fue una constante en su vida que, de forma conmovedora por la hondura del

sentimiento, también dejó plasmada en uno de sus libros (*Parir sin miedo*).

*Dentro de poco me voy a morir, derrotada, sola y triste, sin haber conseguido lo que quería, pero sin haber renunciado a nada, sin haber cejado en mi empeño, manteniendo hasta el final la antorcha encendida y con la esperanza de que haya mujeres que despierten a su luz y que no se dejen engañar.*

*No es posible vivir sin ilusiones, yo sigo viviendo con la humilde y terca ilusión de que las mujeres no se dejen arrebatar su derecho primordial, el que les dio la Naturaleza, de ser madres.*

*Dentro de poco me voy a morir vieja e inválida, y lo voy a hacer cumpliendo con lo que creo mi deber, pero...*

*¿En qué me he equivocado?*

*¿Acaso naciendo en una época que no me correspondía?*

El Comité Editorial ha decidido transcribir fielmente el artículo, únicamente nos hemos tomado la licencia de insertar algunas imágenes para ilustrar el texto.

Sirva la inclusión de este trabajo póstumo en este nuevo número de esta añeja pero renovada revista de y para matronas, como homenaje a una gran mujer y una gran matrona que siempre luchó por la libertad y la dignidad de las mujeres y de las matronas.

Ya que la vida no fue justa con ella, contribuyamos con nuestro recuerdo, reconocimiento y gratitud, a que al menos la Historia lo sea.

Consuelo Ruiz Frías-Vélez (1914-2005)

D.E.P.

Consuelo Ruiz Vélez-Frías  
Pico de los Artilleros, 142  
28030 - MADRID

Madrid, 30 de octubre de 1988.

Querida María Angeles:

¿Qué es de tu vida? Me acuerdo mucho de ti y te deseo siempre lo mejor.

Ayer me llamó María Dolores Guardiola, desde Barcelona, cosa que me dio mucha alegría. No había vuelto a hablar con ella desde el Congreso de Sevilla. Es una compañera de un entusiasmo formidable; aunque está jubilada, no deja de participar y de interesarse vivamente por la profesión.

Hablamos de ti, del éxito del Congreso y del venidero, al cual las dos tenemos intención de asistir. Ambas recibimos nota de las conclusiones. Nos parece bien que todas las matronas de España se enteren de ellas para que, por lo menos, sepan cuánto estais trabajando las que podéis hacerlo.

Me dijo que se iban a reunir en Barcelona para que María Cortés las informara sobre una reciente reunión de matronas en París, a la que ella había asistido. El recurso de agarrarnos a la mano de nuestras colegas europeas es la salida más fácil que tenemos, si queremos estar en nuestro lugar. Aisladas no podremos nunca conseguir gran cosa porque, desgraciadamente, se nos ha venido dando poca categoría. ¿Qué te voy a decir que tú no sepas?

Me dio tanta alegría la llamada de María Dolores que, en un momento de euforia me pongo a escribirte, sin tener en consideración lo precioso de tu tiempo como para andarte distrajendo con mis cartas.

Estoy mejor. Poco a poco, la fisioterapia va haciendo su efecto y ánimos no me faltan. Me deben quedar ya pocos años de vida y tengo que aprovecharlos disfrutando de las cosas buenas que hay. ¿qué hay mejor que ilusiones y esperanzas de que otras compañeras se dediquen a esta hermosa profesión en mejores condiciones que lo hemos hecho nosotras, mejor pagadas y más consideradas?

Como de costumbre, este verano estuve en Inglaterra y he traído recortes de revistas sobre la profesión que no sé si vale la pena traducir. Las matronas inglesas están luchando a favor del parto natural y hablan de ello públicamente.

Te adjunto unas cuartillas que escribí el año pasado. Estuve en Roma, donde conservo buenas amistades, tanto con colegas, como con mujeres preparadas y asistidas por mí y cayó en mis manos un libro sobre la "taza di parto". Se me ocurrió la idea de escribir sobre ello para nuestra revista, pues el asunto me pareció original y no todo van a ser temas reivindicativos y profesionales.

En una ocasión, recuerdo que se pedía colaboración a los ancianos y me animé a escribir; pero luego no lo mandé pensando que, seguramente no interesaba. Hoy, rompiendo papeles, me lo he encontrado. Tú verás si es aprovechable.

No te entretengo más.

Ya sabes que mi teléfono es el 773-40-19 y que yo siempre estoy en casa.

Un abrazo

Consuelo

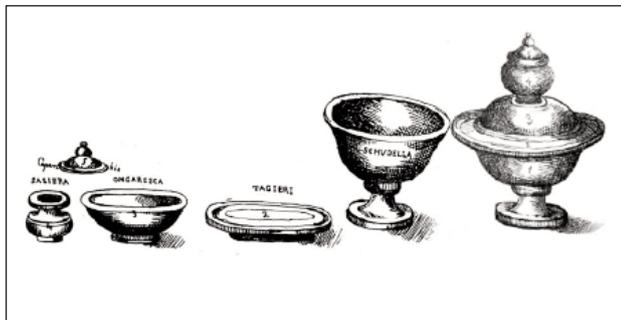
## La tazza di parto

Cuando el parto no era considerado como enfermedad, sino como un fausto acontecimiento familiar del que las mujeres estaban justamente orgullosas y a las que se colmaba de atenciones con tal motivo, como si se quisiera recompensarlas por su colaboración en asunto tan importante como que la Humanidad continuase existiendo, había una curiosa y simpática costumbre consistente en ofrecer a la púérpera la primera comida después de dar a luz en un servicio de vajilla especial, artísticamente confeccionado para el caso.

Después de usadas las diferentes piezas del servicio se encajaban unas en otras, resultando una especie de jarrón que servía, a la vez, de adorno y de recuerdo.

En uno de mis últimos viajes a Roma tuve ocasión de admirar un libro del conocido ginecólogo italiano Profesor Franco Grainz, que fue Presidente de la Sociedad Italiana de Ginecología y Obstetricia de 1977 a 1980, además de otros muchos puestos de responsabilidad. Yo conocía de oídas esta costumbre, pero no estaba suficientemente documentada sobre ella hasta no leer ese libro, muy ameno y enriquecido con magníficas fotografías a todo color.

El servicio constaba generalmente de cinco piezas: la sopera, el plato hondo, el plato llano, el salero y la tapadera, rematada en una graciosa perinola (Imagen 1).



**Imagen 1.** Los cinco elementos habituales que componían la *scudella da donna di parto* según Piccolpasso. Imágenes del libro *I tre libri dell' arte del vasajo, nei quali si tratta non solo la pratica, ma brevemente tutti i secreti di essa cosa che persino al di' d'oggi è stata sempre tenuta ascosta*. Cipriano Piccolpasso, Raffaele De Minicis, Geremia Delsette. Dallo Stabilimento tipografico, 1857

Alrededor de 1550, un tal Cipriano Piccolpasso, artesano de Casteldurante, localidad de la provincia de Pésaro, a orillas del Metauro, que en 1635 cambió su nombre por el actual de Urbanis en honor de Urbano VIII, el Papa Barberini, que la elevó al rango de ciudad, publicó: *Li tre libri dell' arte del vasallo* donde se explicaba cómo debía ser modelada y decorada una taza de parto (Imagen 2).

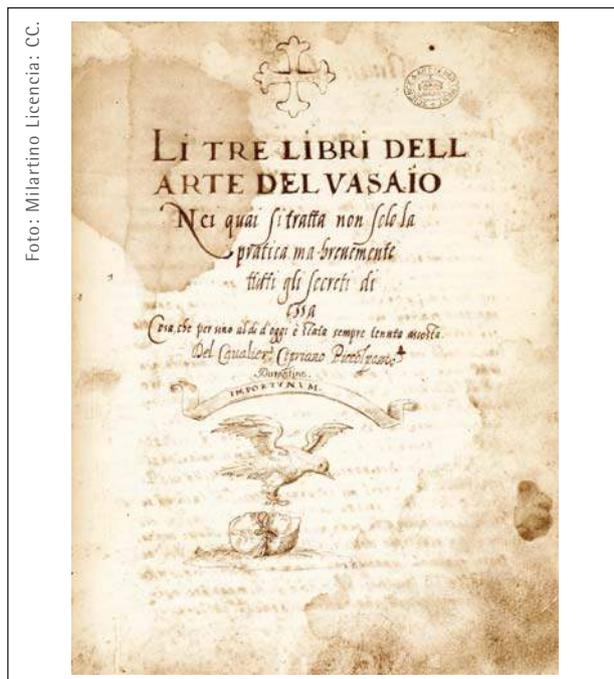


Foto: Milarmino Licencia: CC.

**Imagen 2.** Portada del libro manuscrito original de Piccolpasso *Li tre libri dell' arte del vasallo*

El mismo Piccolpasso explicaba en su libro: "*es necesario saber que las cinco piezas que componen tazza de parto, las cinco hacen su trabajo y juntas, las cinco, forman un jarrón...*".

El cuenco y el plato de pie contenían líquidos que se mantenían calientes gracias a la tapa, el plato llano estaba reservado para el pan o la carne y un salero insertado en el pie contenía sal, un artículo raro y valioso.

Parece ser que mucho antes ya estaba generalizado su uso, quizá en la última veintena del siglo XV y se continuaron usando sin interrupción hasta la segunda mitad del siglo XVIII.

A pesar de la fragilidad de tales objetos y de las vicisitudes por las que el mundo ha pasado, algunas *tazza di parto*, o piezas sueltas de ellas, se conservan como objetos curiosos y de arte en varios museos.

En el Cívico Medieval de Bolonia hay una preciosísima en la que se representa el parto de Mirra, la mítica hija de Cínicas, transformada por los enojados dioses en árbol en castigo por su relación incestuosa con su padre, el rey de Chipre. Rodeada de mujeres, entre las que destaca Lucina, la diosa de los partos, da a luz a Adonis, entre clorosas lágrimas (Imagen 3). Lucina facilita la salida del niño, imponiendo sobre él su mano mágica y pronunciando las palabras adecuadas:

*"Constitit ad ramos mitis Lucina dolentis  
Admovitque manus et verba puerpera dixit.  
Arbor agit rimas et fissa cortice vivum Reddit  
onus.."*

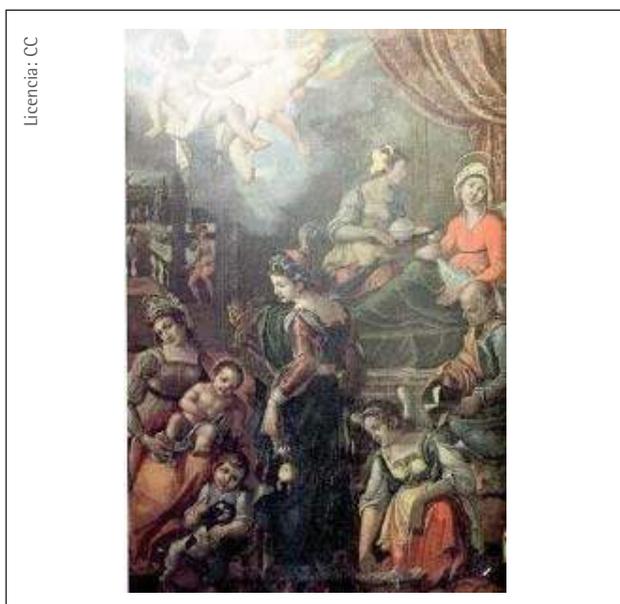


Foto: Saikko. Licencia CC

**Imagen 3.** *El parto de Mirra.* Plato en mayólica (S: XVI). Paris, Museo del Petit-Palais

En la parte externa, visible, ya que el plato hondo se colocaba puesto del revés sobre el plato llano, la decoración consiste en una indeterminada extensión de agua en la que flotan tres tritones y un amorcillo coronado de laurel.

En el plato llano se representa a Apolo, en pie sobre su carro. Con la mano derecha empuña las riendas, en la izquierda lleva una varita y a sus espaldas revolotea un gran manto dorado. En la parte inferior hay un letrero que pone *maschio* (varón), rodeado de motivos ornamentales, lo que debía hacerlo más precioso aún, algo como un timbre de honor para la púerpera que había parido varón y no hembra (Imagen 4). ¡Ya se ve que el machismo viene de lejos!



Licencia: CC

**Imagen 4.** Representación iconográfica de la *Taza de parto* en la obra de Cosimo Lotti, *Nascita Della Vergine* (1602). Iglesia de San Giorgio Castelnuovo, Castelnuovo, Chiesa di San Giorgio

En el museo de Cerámica de Forlì se expone otra de esas tazas de parto o de *impagliata*, que así las llaman también debido al hecho de que en las provincias de Le Maeche, Romagna y Umbria, donde se hallaban los principales centros de cerámica durante el Renacimiento se denominaba *impagliata* a la púerpera por la costumbre de poner paja en el lecho para que los loquios cayesen sobre ella, paja que luego era quemada.

En el Museo Nacional de Rávena hay otro de esos servicios que ha sido descrito por Francesco Zurlì y Anna Maria Lannucci en su libro: *Las cerámicas de la Colección del Museo Nacionales de Rávena*, publicado en Bolonia en 1982. La artista continúa con el tema pagano, representando el encuentro de Eneas y de su fiel Hecate, apenas desembarcados en el Norte de África. Su madre, Venus, les sale al encuentro en un bosque, en forma de joven cazadora. El plato debió ser realizado por Nicolás de Urbino entre 1531 y 1540.

En el Museo de cerámica de Forlì se expone un servicio donde las escenas representadas se refieren a su propio uso. Se ve a la púerpera comiendo en la cama, servida por una mujer, mientras que, al lado, otra parece estar tapando al niño que acaba de acostar en la cuna y la tercera calienta un paño en la chimenea. Al pie de la sopera está marcado debajo: "Forlì. A. L. 1549". Es una de las pocas piezas conservadas que lleva la fecha y el lugar de producción y el nombre del artista.

En el Museo de Castillo Sforzesco de Milán se puede ver un servicio en el que se representa una escena de parto en la que la parturienta aparece sentada en las rodillas de otra mujer y otras dos, una a cada lado, le confortan. Este servicio debe haber sido realizado en Urbino, en el taller de Crazio Fontana, hacia la segunda mitad del siglo XVI (Imagen 5).



© RMN-Grand Palais (Museo del Louvre) / Martine Beck-Coppola

**Imagen 5.** Mujer de parto. Manufactura de Fontana, alrededor de 1570-1580

Esta postura de parir parece ser muy antigua, quizá anterior a la clásica silla de parto. La Biblia dice que, vista su esterilidad, Raquel rogó a Jacob que tuviera un hijo de su esclava, diciéndole: "Aquí está mi esclava Bilá, ten relaciones con ella para que dé a luz sobre mis rodillas para que yo consiga de ella hijos" (Génesis 30,3).

He aquí un antecedente de los úteros de alquiler, aunque de manera menos sofisticada. ¡No hay nada nuevo bajo el sol! (Imagen 6).



**Imagen 6.** Escena de parto. Plato (1551-1560) Italia. Foto Propiedad: Science Museum Londres

Naturalmente, en el Museo Cívico de Faenza, ciudad célebre por sus cerámicas y porcelanas, no podían faltar ejemplares supervivientes de la taza de parto.

Una, de finales del siglo XVI, procedente de Urbino, muestra en la sopera una mujer pariendo, asistida por la matrona y otras dos mujeres, según las reglas del arte, cuando asistir partos era un arte y la ciencia no había sustituido a la fisiología.

También en colecciones privadas existen piezas semejantes. A la de Lord Clark of Saltwood pertenece una preciosa sopera y un plato llano en los que se ve cómo la púerpera se lava las manos, no sabemos si disponiéndose a comer o, a la manera de Poncio Pilatos, disculpándose por algo que no pudo remediar: haber parido hembra. Esta pieza fue vendida en pública subasta, el 5 de julio de 1984 por la casa Sotheby de Londres.

En la colección de cerámicas de la señora Marianna Dotti Reggiani se conserva una taza de parto fabricada en Faenza en la última mitad del siglo XVIII (1715-1775) que presenta algunas diferencias sustanciales con el modelo de Piccolpasso: la sopera no tiene pie, no existe el plato llano. En su lugar, hay una especie de ensaladera y, sobre ella, una taza con dos asas. La huevera, para dos huevos, colocada al revés sobre la taza, sirve de tapadera.

En el Museo Glauco Lombardi, de Parma hay una taza de parto curiosa, pues se trata de la que Napoleón regaló a su segunda esposa, Maria Luisa, hija del emperador de Austria, con motivo del parto de su único hijo, el Rey de Roma que no llegó a reinar.

El servicio consta de tres piezas: la sopera, el plato llano y la tapadera. El plato está decorado con una vista de Shönbrunn, donde nació M<sup>a</sup> Luisa, y en la parte inferior hay una inscripción que dice: *Manufacture de S: M. le Empereur. P.L. Dagoty. PARIS.*

En un congreso de la Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología, celebrado en 1938, se exhibieron algunos modelos de servicio de mesa puerperal fabricados por Piccolpasso y, en un tímido intento de resucitar la simpática costumbre, se entregaron por aquellas fechas tazas de parto a las púerperas y, en julio de 1939, la revista *Lucina* publicaba la fotografía del profesor Paolo Gaifami, entonces Director de la Clínica Universitaria de Roma, en el acto de entrega de una taza de parto a una púerpera.

La ciudad de Forlì ofreció a la entonces princesa de Piemonte, Maria José, una taza de parto con ocasión del nacimiento de su hija M<sup>a</sup> Gabriela, ejecutada según el diseño de Piccolpasso y decorada con símbolos saboyanos y romañolos.

Uno de los temas del Concurso Nacional de Cerámica Artística era la ejecución de una *impagliata* que debía comprender al menos tres piezas: sopera, plato llano y huevera, amén del salero. Todo ello encajable y decorativo.

En época más reciente, en 1982, los Maestros del Fuego de Faenza ofrecieron a Diana, Princesa de Gales, una taza de parto con motivo del nacimiento de su hijo William.

Y, parece ser, que el alcalde de Faenza tiene las costumbre de ofrecer una *impagliata* a la madre del primer niño nacido el 1 de enero de cada año, rememorando la que una vez se les dio a las madres de Faenza para su primera comida en la cama. La tradición de la *impagliata* atestigua el sentido de la vida y la protección que la comunidad reservó para la madre-mujer durante todo el periodo puerperal, documentada en Faenza desde el siglo XV (Imagen 7).

Yo no sé si fuera de Italia existió el uso de la taza de parto. En España nunca oí hablar de semejante cosa, a pesar de que nuestro país tiene una buena tradición ceramística desde la Real Fábrica de Porcelana del Buen Retiro y de la Granja, pasando por la Cartuja de Sevilla, hasta las modernas fábricas de Talavera, Manises o Sargadelos.

Me llamó la atención el libro del prof. Grainz, lo tengo en mi poder y me he tomado la libertad de sacar datos de él. Aparte del indudable valor artístico de tales piezas, es de apreciar también el valor humano del ofrecimiento, un objeto bello para recordar un acontecimiento feliz, como era considerado el parto.

© www.ravennatoday.it

**RAVENNATODAY**

**Faenza, ecco i primi nati del 2018: il sindaco dona loro l'impagliata**

Se i primi nati del 2017 furono entrambi primogeniti, quest'anno il tradizionale omaggio dell'amministrazione comunale farà bella mostra di sé a casa di famiglie numerose

Redazione  
05 gennaio 2018 13:12



Si è rinnovata anche quest'anno la tradizione dell'"Impagliata", ovvero la coccoigna da parte del sindaco di Faenza del "servizio per la puerpera" in natalica, quale omaggio della città al primo maschietto e alla prima femminuccia nati a Faenza da famiglie residenti nel comune mantefredo. Se i primi nati del 2017 furono entrambi primogeniti, quest'anno il tradizionale omaggio dell'amministrazione comunale farà bella mostra di sé a casa di famiglie numerose. La prima bimba, Teresa Maria Chiara, è venuta alla luce la mattina di martedì scorso per la gioia di mamma Francine Gnanaro e del papà Sergio Sabucci. La famiglia è al quarto figlio. Teresa Maria Chiara è la sorellina di Giovanni, 11 anni, di Maria, 9 anni e del piccolo Antonio José di 6 anni.

Imagen 7. En Faenza se continúa con la costumbre de ofrecer una *impagliata* a la madre del primer hijo del año

Ahora, como recuerdo del parto, lo que quedan son cicatrices, bien de las cada día más frecuentes cesáreas, bien de las, siempre seguras y no siempre cicatrizadas, episiotomías.

Nuestras antepasadas parían con ventaja, rodeadas de amor y de la atención de su familia y de sus amigas. ¡A que me va a venir la tentación de decir eso tan manido de "*que cualquier tiempo pasado fue mejor*"...! ¡Uy, no, Dios me libre! ¡Eso ya lo dijo hace mucho, y en verso, el Marqués de Santillana!

Consuelo Ruiz Vélez-Frías

### Bibliografía

- Piccolpasso Durantino Cipriano Li tre libri dell'arte del vasallo. Roma: Edit All'Insegna del Giglio; 1976.
- Crainz F. La tazza da parto. Roma: Edit. Janssen; 1986.
- Zurli F, Iannuci AM. Ceramiche dalle collezioni del Museo Nazionale di Ravenna (a cura di). Bologna, 1982.

# CURSO EXPERTO

## EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS ENFERMERÍA

**32 ECTS**

**¡ Especialízate !**

- MODALIDAD: Online
- DURACIÓN: 7 meses
- PLAZAS: 100



**aulaDAE**  
Grupo Paradigma

Más información en: <https://www.auladae.com/expertos>

## ECHANDO LA VISTA ATRÁS



### La donación de sangre de cordón umbilical

En este número vamos a hablar de una afortunada realidad ya implementada en España: la donación de sangre de cordón umbilical. Como todas las acciones importantes ha tenido un largo proceso en el que las matronas, representadas por Asociación Española de Matronas, han tenido un importante papel.

Durante los años 80 del pasado siglo, se constató la riqueza de la sangre de la placenta en progenitores hematopoyéticos. Entre 1988 y 1989 se hicieron los primeros trasplantes en Francia y EE.UU. Aún tuvieron que transcurrir unos años, hasta 1993, para crear el primer banco en Nueva York; a finales de 1995 ya estaban en funcionamiento los de París, Milán, Dusseldorf y Barcelona.

Pasaba el tiempo y con más fuerza se confirmaba que la donación de células de sangre de cordón constituía una alternativa terapéutica al trasplante de progenitores hematopoyéticos, con un número *in crescendo* de indicaciones.

Esto empujó a crear una estrategia universal de donación, obtención, manipulación y almacenamiento de la sangre de cordón, ya que aportaba sustanciales beneficios en relación con las donaciones de médula:

- Más controlable.
- Menos costo.
- Disponibilidad inmediata.
- Más posibilidades.
- Resultados iguales o mejores que las donaciones de médula.

Con estas premisas había que ponerse manos a la obra para aumentar el *pool* de cordones acumulados y así incrementar las posibilidades de encontrar el donante adecuado. Algo muy importante a la vez era fomentar las donaciones entre las minorías para incrementar la diversidad étnica en los registros internacionales. Dado que no todos los países dis-

ponían de registros de médula o cordón umbilical, una unidad donada en España podría beneficiar a un paciente en cualquier lugar del mundo.

De otro lado se planteó, en el ámbito institucional, la necesidad de informar de la no justificación de los bancos autólogos y concienciar a la sociedad especialmente de la publicidad falsa tendenciosa o engañosa.

El *boom* mediático llegó a su punto álgido en España en 2006, cuando circuló la noticia de que los entonces príncipes de Asturias habían enviado la sangre del cordón de la primogénita a un banco de Tucson (Arizona).

Con una actividad creciente, a la vista de la gran potencialidad futura y la repercusión mediática que estaba teniendo, era necesario regular, coordinar y planificar.

En febrero de 2006 se decide elaborar el plan, entre abril y diciembre de ese mismo año se pasa al proceso de realización,



Rafael Matesanz, director de la ONT hasta 2017  
ponente invitado al XIII Congreso Nacional de la AEM  
para la difusión del Plan Nacional de Sangre de Cordón



para lo cual se reúne un grupo de trabajo formado por miembros de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), la Asociación Española de Matronas (AEM) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) con el fin de elaborar el apartado de obtención de sangre de cordón umbilical correspondiente al plan y organización de cursos de formación de formadores, dirigidos al personal de las unidades obstétricas. Las CC.AA. y la Comisión Nacional de TPH fueron el resto de integrantes del grupo de trabajo conjunto que concluyó en la elaboración del Plan Nacional de Donación de Sangre de Cordón, cuyo primer borrador fue publicado en enero de 2007. A mitad de ese año se inició la difusión e implementación de dicho plan.

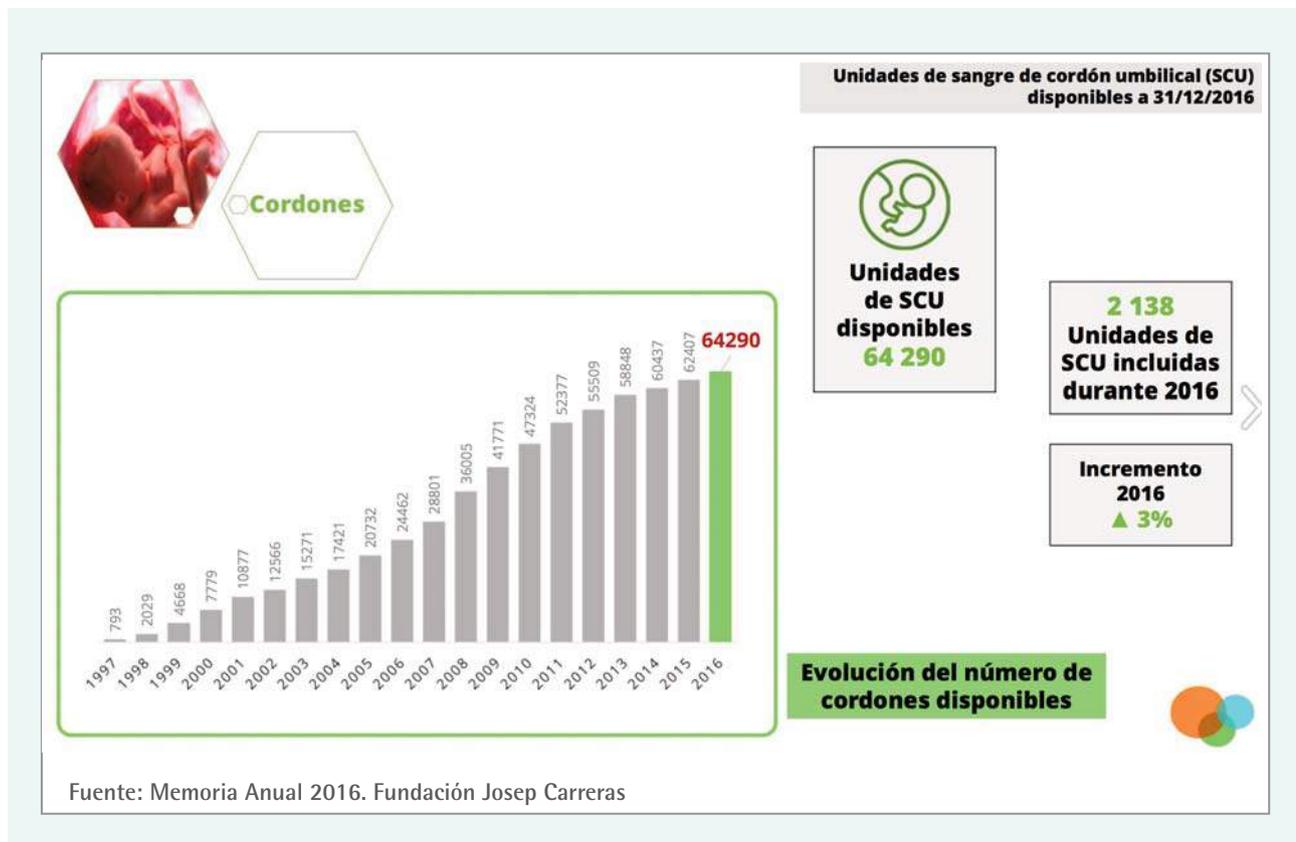
A día de hoy, se puede decir que los objetivos previstos de tener disponibles 62.000 muestras de sangre de cordón se han cumplido.

De las 793 unidades de sangre de cordón almacenadas en España en 1997 se ha llegado en 2016 a 64.290. En el contexto mundial, España está en una muy honrosa 6ª posición en cuanto a unidades de sangre de cordón x 100.000 habitantes, detrás de Chipre, Taiwan, Singapur, Bélgica e Israel, gracias a la intervención de más 140 maternidades y siete bancos públicos de cordón en nuestro país y, haciendo justicia,



Difusión del Plan Nacional de Sangre de Cordón

parte del inmenso mérito de este logro es de las matronas que han sido fuente de información entre las mujeres y han sumado una carga de trabajo más por la recompensa del trabajo bien hecho y de aportar su solidaridad a la causa de los que lo necesitan.



# AGENDA

XIX Congreso Nacional de Matronas de la  
Asociación Española de Matronas

**XIX CONGRESO NACIONAL**  
DE LA ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE MATRONAS

**II ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE MATRONAS**

**40 ANIVERSARIO**  
haciendo  
profesión

SANTANDER 31 MAYO / JUNIO 1 y 2 DE 2018

SOLICITADA  
ACREDITACIÓN

<b>AVANCE DEL XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS</b> <b>Santander 31 de mayo y 1-2 de junio de 2018</b>	
Día 31/05/2018 9:00 a 15:30 h	<b>ACREDITACIÓN DE CONGRESISTAS, SECRETARIA DEL CONGRESO</b>
<b>Día 31/05/2018</b>	
16:00 horas	<b>ACTO INAUGURAL DEL XIX CONGRESO NACIONAL</b>
	Conferencia inaugural 40 años haciendo profesión: yo estuve allí
	<b>MESA UNIDADES DOCENTES</b> <b>Fortalezas y debilidades de las UDD:</b> Inquietudes del EIR Inquietudes del profesorado Inquietudes del experto
<b>Día 1/06/2018</b>	
	<b>MESA ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b> <b>Relación del uso de oxitócica y la ictericia del RN</b> <b>Desafíos actuales en la predicción, prevención y tratamiento de la prematuridad</b> Prevención de nacimiento pretérmino: abordaje basado en evidencia Manejo integral después de la inhibición del trabajo de parto pretérmino  <b>Avances en predicción, prevención y manejo de la preclampsia</b> Más de una década de los factores angiogénicos. ¿Qué se ha hecho y qué falta por hacer? Prevenciones de preclampsia: mitos y realidades. Manejo  <b>Indicaciones frecuentes y controvertidas para decidir la resolución del embarazo: una decisión peligrosa</b> Criterios sonográficos: oligohidramnios, circular de cordón, placenta calcificada. Registro cardiotocográfico e hipomotilidad fetal: el problema de su interpretación. Las indicaciones de las pruebas de madurez pulmonar. Complicaciones en la evolución del parto  <b>RCIU: unificando criterios para el diagnóstico y manejo</b> Utilidad del <i>Doppler</i> en bajo riesgo. Arteria umbilical, ¿sola o combinada?: diagnóstico y predicción de riesgo Evaluación del deterioro fetal: manejo e interrupción según las diferencias fisiopatológicas y clínicas  <b>Obesidad: epidemia que complica el embarazo</b> Sobrepeso, obesidad y embarazo: combinación mortal Control nutricional para la prevención y tratamiento de la obesidad y sus consecuencias en el embarazo Obesidad y programación fetal

<b>AVANCE DEL XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS</b> <b>Santander 31 de mayo y 1-2 de junio de 2018</b>	
	<b>Día 2/06/2018</b>
	<p><b>MESA ATENCIÓN PRIMARIA</b></p> <p><b>Controversias en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria</b>                      Protocolo diagnóstico en incontinencia urinaria, ¿quién necesita urodinamia?                      Manejo conservador: tendencias actuales                      ¿Cuál es la mejor opción quirúrgica?</p> <p><b>Problemas relacionados con la menopausia, cómo aliviar/tratar de forma efectiva basándose en la evidencia actual</b>  <b>La patología de la vulva, identificar los problemas, tratamiento dentro de las competencias de la matrona y signos de derivación</b></p> <p><b>La consulta preconcepcional de la matrona en Atención Primaria</b>  <b>Las ETS, identificar los problemas, tratamiento dentro de las competencias de la matrona y signos de derivación</b>                      Nuevos escenarios de riesgo de infecciones de transmisión sexual                      Protocolo de estudio de la paciente con exposición de riesgo para infecciones de transmisión sexual                      Criterios de selección para tratamientos profilácticos y/o específicos en infecciones de transmisión sexual</p> <p><b>Efectos del embarazo y la vía del nacimiento en el piso pélvico: análisis de la evidencia</b>                      De qué depende el daño al piso pélvico: ¿puede predecirse o prevenirse?                      Intervenciones durante el periodo expulsivo que afecta al suelo pélvico                      Tratamiento y rehabilitación del daño al suelo pélvico</p>
	<p><b>MISCELÁNEA</b>  <b>Estrategias para el desarrollo de las competencias de las matronas</b>  <b>Prescripción, situación actual, riesgos en la práctica diaria, etc.</b></p>
	<b>COMUNICACIONES Y PÓSTERES</b>

## Entrevista a las matronas españolas participantes en el programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST)

El racionamiento de los cuidados en enfermería y sus consecuencias es el tema de un proyecto europeo en el que desde España están trabajando el Dr. Cristóbal Rengel, matron del Hospital Virgen de la Victoria y profesor asociado de la Universidad de Málaga, y la Dra. Ángela Torres, matrona del Hospital Materno-Infantil de Málaga. La iniciativa está promovida por el programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST). El proyecto RANCARE, CA 15208 está impulsado por el Departamento de Enfermería de la *Cyprus University of Technology-Chipre*, y en él participan investigadores de más de veinte estados de la UE y de otros países colaboradores como Israel, EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda. "Es un proyecto puesto en marcha desde enfermería sobre el racionamiento de los cuidados u omisión de cuidados, un problema multidimensional que está poco conceptualizado", explican Cristóbal Rengel y Ángela Torres.

**Pregunta.- ¿Cómo llegasteis a participar en este proyecto europeo?**

**Respuesta.-** Ambos estamos agregados a una lista de correo de la Fundación FIMABIS (Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud) desde donde se informa a todos los investigadores de las propuestas para formación e investigación. Solicitamos nuestra participación y fuimos elegidos por el Ministerio de Sanidad para ser representantes españoles junto a la Dra. Pilar Fuster, enfermera de la Universitat Internacional de Catalunya, y D. Antonio Zamudio, enfermero coordinador de cuidados de la Unidad de Oncología Médica de Málaga.

**P.- ¿Qué quiere decir exactamente "cuidado omitido" y "racionamiento de los cuidados"?**

**R.-** Son los cuidados que no se hacen, en ocasiones porque se han institucionalizado y ya se ha establecido



Grupo COST en una de sus reuniones presenciales

esa cultura de omisión de ese cuidado en concreto o porque nos falta tiempo dentro de nuestra labor asistencial. Por ejemplo, cuando le decimos a una madre recién parida ponte el niño al pecho, pero no la asesoramos o la ayudamos en esa primera toma. Delegamos esa responsabilidad. En otras ocasiones esto se produce por cuestiones económicas, debido a los recortes de plantilla (el racionamiento o "rationing"), o por temas culturales, pues estamos más tiempo trabajando con el ordenador y abandonamos otras tareas.

**P.- ¿Cómo está organizado este proyecto de COST?**

**R.-** De un lado, tenemos a un grupo de países organizadores, que de alguna manera diseñan las actividades, porque tienen más capacidad y recursos para responder al problema. De otro lado, un grupo de estados que, de alguna manera, se benefician de

las acciones, pues les ayudan a desarrollarse en esa área. En España, aunque el concepto de racionamiento sea desconocido, podemos aportar conocimiento y tenemos los recursos y las posibilidades en el ámbito de desarrollo investigador para plantear mejoras.

**P.- ¿Cuál es el cronograma de este proyecto?**

**R.-** El trabajo de la red COST comenzó en septiembre de 2016 y se va a prolongar hasta 2020, con el fin de ofrecer respuestas y evidencias científicas al tema planteado, el racionamiento de los cuidados.

**P.- ¿Creéis que es este trabajo un ejemplo de la eficacia del *networking* o trabajo en red?**

**R.-** Sin duda, porque a pesar de que el problema que estamos definiendo es grande, a través de algo poco



Cristóbal Rengel y Ángela Torres, matronas miembros del grupo COST

oneroso como son las redes de investigadores, se intenta llegar al máximo número posible de países, a través de diferentes metodologías y acciones, como el diseño de investigaciones, actividades de entrenamiento y aprendizaje, intercambio de buenas prácticas... Todo es acumulativo, porque a medida que avanzamos se van generando resultados, se van difundiendo en ámbitos locales, nacionales o institucionales y va aumentando el impacto del trabajo realizado, creando sinergias que se mantendrán en el futuro. Todas las acciones planteadas por COST sobre racionamiento de los cuidados tienen como objetivo final la difusión del problema (y encontrar solución- en última instancia). La idea es generar un espacio de discusión y dar a conocer el tema del racionamiento de los cuidados en los entornos nacionales de los diferentes países. Para lograrlo utilizan como herramienta la publicación de artículos científicos en publicaciones de alto impacto, "creando evidencia científica sobre el problema abordado".

**P.- ¿Cómo es el sistema de trabajo que se sigue?**

**R.-** Como base existe un trabajo participativo de todos los investigadores a través de reuniones presenciales y virtuales para planificar y desarrollar actividades. Como complemento se desarrollan talleres de trabajo (*workshops*), estancias científicas de corta duración, conferencias internacionales y *training schools* de varias semanas en distintas universidades. Todos estos proyectos están abiertos al público enfermero en general, se publicitan en su sitio web RANCARE en <https://www.rancare-action.eu/>. Dentro de este proyecto hay cuatro grupos de trabajo que abordan el racionamiento de los cuidados: conceptualización, ética, la evidencia científica y la presencia en los estudios de pregrado relacionado con la seguridad del paciente.

**P.- ¿Cada uno de vosotros tiene asignada un área específica?**

**R.-** Junto con otras compañeras, yo (Ángela) estoy trabajando en la conceptualización del problema, estudiando las diferentes conceptualizaciones de la omisión de los cuidados en distintas culturas (la transculturalidad del concepto) y al mismo tiempo investigamos la omisión de los cuidados en procesos fisiológicos en el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia. Estamos en el proceso de la revisión bibliográfica, estudiando qué cuidados se omiten, entre otras cosas, cuando se reducen las plantillas de matronas.

Por su parte, Cristóbal Rengel relata que trabaja en el grupo relacionado con el racionamiento de los cuidados en el pregrado, investigando si en las universidades se está estudiando el problema, cómo influye en la seguridad clínica y cómo afrontarlo. Para ello se ha pasado un cuestionario a los centros académicos para la recogida de datos sobre cómo afrontan la seguridad del paciente. Además, el grupo del que forma parte Cristóbal está trabajando en la elaboración de una guía de práctica clínica que sirva a las enfermeras gestoras como ayuda para la toma de decisiones en el abordaje del racionamiento de los cuidados.

**P.- ¿Os gustaría comentar algo más?**

**R.-** Este párrafo le prefieren recortar:

Animar al colectivo de matronas a que participen en este tipo de proyectos, visitado su sitio web e informándose de las distintas actividades que se proponen. Son muy enriquecedores y hacen que nuestra profesión se visualice en distintos foros nacionales e internacionales.

## Adhesión de la Asociación Española de Matronas a la Campaña del Consejo de Europa para la Prevención de la Violencia Sexual contra la Infancia "Uno de Cada Cinco"

La campaña para frenar la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes fue iniciada por el Consejo de Europa el 29 de noviembre de 2010 en Roma (Italia), siendo sus principales objetivos:

- Promover la firma, ratificación y aplicación del Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y el Abuso Sexual.
- Proporcionar a los niños, sus familias y cuidadores y las sociedades conocimientos y herramientas para prevenir la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes y, de este modo, crear conciencia acerca de todo lo que constituye violencia sexual contra las personas menores de edad.

A través de esta campaña, el Consejo de Europa pretende atribuir competencias a los gobiernos, los parlamentarios, las redes profesionales, la sociedad civil, los padres y las madres, las familias y a los niños, con el fin de que pueda tomar las medidas necesarias para frenar la violencia sexual contra la infancia.

En España, la campaña está siendo coordinada por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), con la colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Además de orientar a los padres, cuidadores y niños, niñas y adolescentes, queremos hacer partícipes de la misma a las Administraciones estatales, autonómicas y locales y, en consonancia con la línea de trabajo propuesta por el Consejo de Europa, desde la federación promueven la creación de equipos multidisciplinares e intersectoriales en los que se integren todos los

agentes pertinentes: Ministerios de Asuntos Sociales, Justicia, Sanidad, Educación, y Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; parlamentarios, autoridades locales y regionales, mediadores para los niños, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones de padres y madres y redes de docentes, académicos y profesionales de los sectores de la enseñanza, del bienestar, de la salud, de la justicia y la ciudadanía en general.

Por lo tanto, uno de los objetivos de la campaña es conseguir que todos los sectores, ámbitos y agentes directa e indirectamente relacionados con la atención a niños, niñas y adolescentes se involucren en la prevención del abuso sexual contra personas menores de edad, creando una red de prevención.

La Asociación Española de Matronas se suma a esta iniciativa, como a tantas otras de carácter social porque entiende que su labor como profesionales de la salud no se queda en los meros conocimientos y aplicaciones médicas, sino que deben estar ayudando de muchas otras maneras a la sociedad a la que presta sus cuidados de una forma integral. El maltrato infantil, la violencia sexual en la infancia, son problemas reales que cuya erradicación depende del compromiso y acción de todos y que cada niño tenga la infancia que merece.

Pretendemos con esta adhesión hacernos eco y portavoces de esta iniciativa a la vez que sensibilizar y proveer a las matronas de actualizaciones y todas las medidas destinadas a mejorar la atención e intervención en los casos de maltrato infantil, incluyendo a los hijos de mujeres víctimas de violencia de género.





**1<sup>er</sup> CONCURSO**

**VÍDEOS TUTORIALES DE**



**TÉCNICAS Y**

**PROCEDIMIENTOS  
DE ENFERMERÍA**

Grupo Paradigma en su permanente objetivo de mejorar el fondo documental, que pone a disposición de la comunidad enfermera, pretende con este concurso estimular las buenas prácticas y promover el intercambio de contenido entre profesionales de Enfermería.



**PREMIO: Macbook Air valorado en 1.300 €\***

**\* O premio en metálico por el mismo importe**

---

**Fecha límite de presentación: 15/06/2018**

**\* Para consultar las bases del concurso entra en:  
[www.grupo-paradigma.com/concurso-videotutoriales](http://www.grupo-paradigma.com/concurso-videotutoriales)**