



SUMARIO

■ Editorial

Originales

- Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845
- Terapia de reproducción asistida (TRA), ¿factor de riesgo independiente de parto distócico?
- Prevalencia y factores asociados de la lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo
- Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte

Caso clínico:

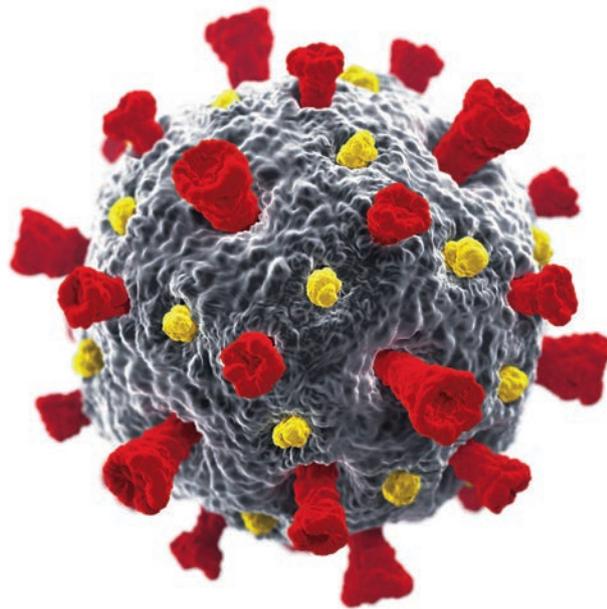
Adecuación de medidas generales para conservar la lactancia: intervención de la matrona en mujer púrpura con mastitis

Echando la vista atrás:

Acusaciones y pretensiones de los ginecólogos por el control de las unidades docentes de matronas

Agenda:

- XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM
- La AEM frente a la pandemia COVID-19
- Nuevo capítulo COVID-19 en *Los consejos de tu matrona*
- La Asociación Española de Matronas participa en la comisión de reconstrucción de sanidad con un documento de propuesta sobre la salud de la mujer (sexual y reproductiva) y las competencias de las matronas



2020
AÑO INTERNACIONAL
DE LA INMOLACIÓN
ENFERMERAS Y MATRONAS

- Plante de la AEM al CGE por la discriminación en el impulso a la especialidad de matrona y al área de salud sexual y reproductiva
- Correos homenajea a las enfermeras y matronas con la emisión de un sello
- Cursos programados de formación continuada



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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

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

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a 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. 8 - nº 2 septiembre-noviembre 2020

Editorial

4

Originales

Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845	7
Dolores Ruiz-Berdún	
Terapia de reproducción asistida (TRA), ¿factor de riesgo independiente de parto distócico?	20
Claudia Álvarez Albardías, Claudia Carballo García, Davinia Govea Sánchez, Armando Aguirre-Jaime	
Prevalencia y factores asociados de la lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo	28
Patricia Hernández Alía, Paula Caño Armenteros, Natalia Pino Pino	
Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte	37
Javiera Castillo-Valderrama, Anastasia Rey-Hermosilla, Paula Cabello-Hidalgo, Camila Núñez-Fellay, Marisa Villagrán-Becerra	

Caso clínico

Adecuación de medidas generales para conservar la lactancia: intervención de la matrona en mujer púérpera con mastitis	46
Désirée Díaz-Jiménez, Ángela Jiménez García, Alicia Martínez Municio	

Echando la vista atrás

Acusaciones y pretensiones de los ginecólogos por el control de las unidades docentes de matronas.....	53
--	----

Agenda

XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM	57
La AEM frente a la pandemia COVID-19.....	58
Nuevo capítulo COVID-19 en <i>Los consejos de tu matrona</i>	58
La Asociación Española de Matronas participa en la comisión de reconstrucción de sanidad con un documento de propuesta sobre la salud de la mujer (sexual y reproductiva) y las competencias de las matronas	60
Plante de la AEM al CGE por la discriminación en el impulso a la especialidad de matrona y al área de salud sexual y reproductiva	63
Correos homenajea a las enfermeras y matronas con la emisión de un sello.....	64
Cursos programados de formación continuada	65

Editorial

COVID-19: manifiesto aprovechamiento y desprecio institucional a los que se ha sometido a los sanitarios españoles

Cerraba el año 2019 con el esperanzador deseo de que el año 2020 fuera el mejor de nuestras carreras profesionales, y pasado ya medio año de este inolvidable año, no puedo por menos que pensar en algo que no es nuevo y sí constante: la vida puede dar un vuelco en cualquier momento. Así ha sido, llevamos meses asolados y desolados por la COVID-19 y en todo este tiempo de encierro, total para muchos, parcial para otros trabajadores esenciales, nosotros sanitarios entre ellos, se han instalado en nuestras mentes e, incluso somatizado en nuestros cuerpos, un sinfín de emociones, pero la inquietud y el temor pienso que, sin ser las únicas, sean el denominador común.

La COVID nos sorprendió con toda su virulencia y mientras la población en general pudo resguardarse en sus casas, los sanitarios, y resto de profesionales del grupo de trabajadores esenciales, para apoyar a toda la población, tuvimos que salir del refugio seguro de nuestros hogares y enfrentarnos a este virus absolutamente desconocido en marzo y poco conocido a estas fechas, aunque comprobadamente letal en ocasiones.

El Ministerio de Sanidad tenía conocimiento de "que algo se movía en el ambiente" porque el domingo 1 de marzo, el propio ministro de Sanidad, Salvador Illa, presidía una reunión por videoconferencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para analizar la situación y evolución del coronavirus, en la que subrayaba la "imprescindible colaboración" de todas las Administraciones en la gestión del coronavirus en nuestro país, para que España se mantuviera en el escenario de contención de aquel momento: 58 casos confirmados y entre ellos cuatro profesionales sanitarios .

El 2 de marzo, previa reunión con el Consejo General de Enfermería por el mismo tema, recibimos en la AEM un mensaje del Centro de Alertas y Emergencias solicitando nuestra colaboración para elaborar el primer Documento técnico sobre manejo clínico de la COVID-19 en la mujer embarazada y el neonato. Acto seguido, la primera imposición a los sanitarios: la suspensión de permisos para asistencia a cualquier actividad formativa a fin de garantizar la disponibilidad de este colectivo en los servicios asistenciales y evitar que dichos profesionales, *"implicados tan estrechamente en el cuidado de pacientes, puedan actuar como transmisores de la enfermedad a grupos de población más vulnerables con los que tratan en su práctica profesional"*.

Desde ese momento todo ha sido una escalada mortal hacia el desastre para la población en general y para los sanitarios, que hemos conseguido el récord mundial de contagios (22% del total) con más de 52.000 contagiados y cerca de un centenar de fallecidos del ámbito sanitario o sociosanitario fallecidos en toda España. Fue la primera Encarna Vicente, la enfermera del hospital de Galdakao, Vizcaya, fallecida el 18 de marzo y ahora solo queda esperar el nombre del último y definitivo, si es que se llega a erradicar esta pandemia. Mientras, y en un baile de cifras aterrador por la cuantía y por la presumible inexactitud interesada de las cifras oficiales, morían personas de forma alarmante. La información de MoMo (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria del ISCIII) a partir de los datos de registros civiles indica que entre el 13 de marzo y el 22 de mayo se han producido 44.114 muertes en exceso (más de las esperadas estadísticamente) para esta época del año, lo que supone un incremento de un 58%. Sin embargo, en las cifras oficiales faltan fallecidos por COVID-19...

Entre tanto, con puntualidad, a las 8 de la tarde, en un alarde folklórico-festivo que matara el tedio de muchos y otros, en un profundo y sincero acto de agradecimiento, los españoles se asomaban a sus ventanas y balcones y batían palmas por los cuerpos profesionales esenciales, fundamentalmente los sanitarios, que estaban en el más devastador "campo de batalla" velando por su salud, aun a riesgo de la propia. Incluso el jurado de los premios Princesa de Asturias, reconociendo el "encomiable nivel de profesionalidad y compromiso", no otorgaba a los sanitarios el premio de la edición de este año, pero el Gobierno de este país, que de vez en cuando alababa de "boquilla" la actuación del personal sanitario, olvidaba lo más importante: protegernos para proteger.

Ningún sanitario aspiramos al martirio impuesto, y por eso seguimos reclamando medidas de protección personal que a día de hoy todavía no tenemos en cantidad suficiente en muchos centros de atención sanitaria; y lo hacemos porque en enfermería, en general, tenemos conocimientos de epidemiología y medicina preventiva, y por eso sabemos perfectamente el primer axioma de estas disciplinas, que es que la prevención es el seguro del éxito para evitar contagios y propagar cualquier enfermedad. Han pasado muchos meses desde que se decretara el estado de alerta sanitaria, y como un alud el virus se abalanzara sobre los españoles, pero seguimos sufriendo la incompetencia y desfachatez de quienes,

por poner un ejemplo, no solo no han sido capaces de suplir la carencia de equipos de protección básica con medidas extraordinarias de producción en el propio país, sino que tarde y mal nos hacen llegar aún insuficiente material defectuoso comprado no se sabe dónde ni a quién, o procedente de la caridad de otras instituciones y/o países. Estos mismos que ordenan incorporarse a los sanitarios contagiados sin prueba alguna olvidando, en un acto supremo de menosprecio hacia nosotros y la sociedad en general, que nosotros mismos podemos habernos convertido en vehículo de propagación constante de la viremia, aunque no hayamos caído en combate.

Esta última afirmación no requiere de conocimientos epidemiológicos, aunque no será por falta de asesores científicos, solo requiere de lógica y de decencia, ellos mismos lo afirmaban el 6 de marzo justificando la negación de permisos de formación a los sanitarios, aunque realmente lo que les interesaba era la disponibilidad, que se demostró como veníamos reclamando desde hace años, más que insuficiente porque fuera de la pandemia ya lo era. Los mismos que empezaron a testar a los sanitarios tarde con pruebas dudosas, los que falsean los partes de baja laboral y siguen sin reconocer como enfermedad profesional el contagio por COVID (solo accidente laboral) y, de paso, codifican la ILT como enfermedad común, siempre intentando tapar el problema y "echado balones fuera" para no asumir responsabilidades.

También nos han tocado políticos de lengua larga y cerebro corto, cuyas declaraciones nos han señalado a los sanitarios, como la consejera de Sanidad del gobierno valenciano, cuando al principio de la pandemia afirmó que los sanitarios se habían contagiado por hacer viajes o ver a familiares asegurando que no había falta de material de prevención; o las de la exconsejera (por fortuna) de Sanidad de Aragón, que lejos de asumir como la anterior y tantos otros lo errático de su gestión en esta crisis sanitaria, se mofaba de los sanitarios diciendo que era un "estímulo" para nosotros fabricarnos nuestros propios EPI. Ese es el reconocimiento verdadero de quienes nos están utilizando sin importarles nada, salvo que estemos ahí parando "las balas a pecho descubierto", tal y como es.

En esta crisis, cuando todas las manos eran necesarias, hasta se ha podido prescindir de determinados especialistas médicos, pero no de enfermeros o matronas, que hubiéramos podido incluso ejercer como enfermeras generalistas, que lo somos, si no siguiéramos teniendo otro cometido igual o más importante en este tiempo de crisis. Y por cierto, ¡qué importante hubiera sido tener un Registro de Profesionales Sanitarios como reclamaba en el número anterior y unas listas de contratación adecuadas en cada comunidad para la gestión de los recursos tan imprescindibles en este momento! Sin quitar importancia a la labor médica, tan necesaria desde luego, somos las enfermeras/os quienes estamos

a pie del cañón las 24 horas del día al lado del enfermo, dándole algo más incluso que cuidados sanitarios, en sentido estricto, porque nuestra formación técnica, científica y humanística, nos dota de una visión integral de la salud. Me consta que en los duelos tan ignominiosos por falta de amparo familiar y tantas otras cosas más durante la COVID-19, han sido muchas enfermeras/os quienes también han dado su mano al enfermo para la despedida en un intento desesperado porque el calor de sus manos traspasara la frialdad de sus guantes y sus trajes de plástico, esa mano, aunque extraña, a la que asirse el enfermo terminal para iniciar el viaje a la otra vida.

Las matronas sabemos de lo que hablamos y las enfermeras/os también, de hecho ¿no es cierto que nombran más a los médicos que con pocos y bien formados sobran para tratar, mientras que se necesitan muchas enfermeras/os para cuidar? Ahí está, hasta en el inconsciente colectivo ha calado la subordinación obligada de la enfermería al monopolio político, económico y social de la medicina, que incluso llega a manejar el prestigio que esta actividad reporta. Que yo sepa incluso en la UCI, llamémosla la "zona más caliente", como casi todos piensan, son las enfermeras (con las auxiliares y celadores) quienes se encargan de manejar al paciente las 24 horas, las que se abrazan a él para darle vuelta, las que aspiran sus secreciones, las que les dan una mano cuando van a expirar... el médico lo más cerca que puede estar del enfermo, bien equipados con su EPI, es para intubarlo y/o coger una vía central, o sea unos minutos y el resto del día, de los días...

Y en las Áreas Obstétricas son las matronas (y equipo auxiliar) las que minuto a minuto están presentes asistiendo a las mujeres; esas áreas, algunas de las cuales, gerentes ignorantes, quisieron reconvertir en UCI sin pensar que, además de no tener personal de enfermería capacitado para controlarlas, la asistencia obstétrica no se ha paralizado ni se ha podido reducir como funcionalmente lo han hecho con la práctica totalidad de especialidades médicas; por otra parte, podemos añadir que la atención obstétrica al parto y al nacimiento es la única especialidad que presta asistencia a dos "usuarios" a la vez madre-feto (este en extremo vulnerable), y además interacciona con la pareja de la mujer o la persona con la que esta se vincule afectivamente y elija como apoyo en el proceso de parto y nacimiento.

En las urgencias obstétrico-ginecológicas se reciben a todas las mujeres (y acompañantes) sin testar (salvo excepcionales casos sintomáticos) y la potencialidad de exposición del área es de escenario de riesgo o punto caliente, como se llama, sin que así se haya estipulado y consecuentemente dotado de medidas de protección que no se corresponde con este escenario casi en la totalidad de servicios obstétricos del país.

Podría alargarme indefinidamente, pero hay que poner el punto final y lo hago a pesar de mi talante optimista, diciendo que no espero nada bueno cuando pase esta pandemia que, al ritmo que vamos, tardará.

Nuestros políticos se dieron cuenta de cuan necesarios somos los sanitarios cuando "les ha apretado bien el gaznate la COVID-19", cuando pase veremos cuál es el agradecimiento. Mientras tanto solo pedimos que actúen con juicio en la gestión de esta crisis. El Ministerio reconoce que el número de enfermeros en ejercicio en España –en relación a la población– vuelve a situar a nuestro país a la cola de Europa y muy por debajo de la media comunitaria de 8,2 enfermeros por cada 1.000 habitantes (5,2 España), mientras que el ratio de médicos en ejercicio por países, sitúa a España en séptima posición con 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes, un dato por encima de la media europea que se sitúa en 3,5 médicos. Invertir en profesionales enfermeros (enfermeras y matronas) es una inversión necesaria, obligada y nada comparable con el gasto incuantificable que ya llevamos a la espalda de muertos y enfermos que ya no tiene remedio,

estos últimos que, además de pesar por amor en el corazón de sus deudos, tendrán que pesar en algunas conciencias por los errores cometidos y/o la indiferencia y/o la inacción. Espero que cuando menos, el incommensurable precio que han pagado, ellos los primeros y después el resto de españoles, sirva para cambiar el rumbo de la planificación sanitaria de esta pandemia.

Acuérdense, señores políticos, cuando esto pase, que son necesarios menos respiradores, menos aparatos y más enfermeros bien formados y motivados porque sin ellos lo demás sobra. Un gobierno eficaz es aquel que tiene en cuenta de forma prioritaria, dedicándole recursos humanos y materiales, el cuidado de la salud y la prevención y el tratamiento eficaces de la enfermedad.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de *Matronas hoy*

Dolores Ruiz-Berdún

Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845

Matrona. Profesora titular interina de Historia de la Ciencia en la Universidad de Alcalá. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Científico-Tecnológico de la Universidad de Alcalá (Madrid).

E-mail: lola.ruizberdun@uah.es

Este trabajo ha sido premiado con el segundo premio por la Asociación Española de Matronas en la 3ª Edición del Premio de Investigación "Maribel de Bayón" 2019.

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2019.

Fecha de aceptación: 11 de marzo de 2020.

Cómo citar este artículo:

Ruiz-Berdún D. Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):7-19.

Resumen

En la presente investigación se aborda uno de los aspectos tal vez menos conocidos sobre la historia de las matronas en España y que sitúa a estas profesionales como pioneras a la hora de recibir un título universitario en España. Sin embargo, no se trató de un camino exento de dificultades, e incluso la profesión estuvo a punto de desaparecer en el siglo XIX debido a conflictos competenciales con otras profesiones sanitarias.

Se presentan los resultados de la investigación histórica que demuestran cuáles fueron las circunstancias que propiciaron que las matronas comenzaran a matricularse y a recibir títulos universitarios desde 1845. A partir de 1861, empezaron a recibir docencia teórica y práctica en algunas universidades españolas y de esta forma obtuvieron su correspondiente título universitario. También se discuten los resultados con otros estudios que afirman que las primeras universitarias fueron algunas alumnas de la carrera de Medicina que se incorporaron a la universidad desde 1872.

Palabras clave: matronas; pioneras formación; universidad titulación; género.

Abstract

Midwives, university pioneers since 1845

The present research addresses one of the aspects that might be less known about the history of midwives in Spain, which places these professionals as pioneers at the time of receiving a University Degree in Spain. However, the road was not free from difficulties; and the profession was even about to disappear in the 19th century due to conflicts of competence with other healthcare professions.

We present here the result of the historical research, demonstrating the circumstances that led to midwives entering university and receiving university degrees since 1845. They started receiving theoretical and practical education since 1861 in some Spanish universities, and in this way they obtained their corresponding university degree. There is also a discussion about the results of other studies, which claim that the first university students were some students from the Medicine degree who entered university since 1872.

Key words: *midwives; pioneering training; university degree; gender.*

Introducción

Las primeras universidades españolas surgieron en el siglo XIII como resultado de los intereses combinados entre la Iglesia y la Corona. En estas primeras universidades únicamente podían cursarse las carreras de medicina, teología y jurisprudencia. Mientras la formación de médicos interesaba a ambas instituciones, la Iglesia necesitaba teólogos y los monarcas precisaban juristas que contribuyesen a la organización y administración del reino. A las mujeres les estaba vedado el acceso a los estudios universitarios y esta situación se iba a mantener hasta el siglo XIX con algunas raras excepciones¹.

La enseñanza de la medicina estuvo por completo separada de la enseñanza de la cirugía también hasta el siglo XIX. Ser cirujano era una ocupación poco apreciada porque pertenecía a los "oficios manuales", es decir, los que se ejercían con las manos y todos ellos se consideraban indignos. La cirugía era muchas veces ejercida por charlatanes cuyas mayores habilidades consistían en la extracción de piezas dentales y que ponían en franco peligro la vida de sus pacientes en el caso de operaciones más complejas. La inauguración de los Reales Colegios de Cirugía, en el siglo XVIII, fue una iniciativa que intentaba paliar la devaluación en la que había caído esta rama de las "ciencias de curar" a la que pertenecía el "arte de partear"². El Real Colegio de Cirugía de Madrid fue el primero en incorporar como estudiantes a las mujeres diseñando una formación especial para aquellas que quisieran dedicarse a atender partos. Tras acabar sus estudios debían ser examinadas por el Protomedicato Castellano, tal y como se había establecido. Surgió así la primera formación reglada de las matronas en España, que posteriormente se extendió al resto de colegios de cirugía³. Desgraciadamente a la vez que la incorporación de las matronas a los colegios de cirugía suponía un hito histórico en cuanto a la formación de las mujeres en España, la enseñanza caía en manos de los cirujanos que, a partir de ese momento, restringieron los conocimientos y por tanto las competencias que históricamente habían desarrollado las matronas⁴.

El 10 de octubre de 1843 se publicó el Plan de Estudios Médicos que reorganizó los estudios superiores de las ciencias sanitarias. En el artículo 1º del plan se señalaba la supresión de los Colegios de Medicina y Cirugía de Madrid, Barcelona y Cádiz y la enseñanza en las Universidades Literarias. Se creaban las Facultades de Medicina de Madrid y Barcelona y el artículo 3º contemplaba, para la enseñanza de la Medicina, Cirugía y Farmacia, cinco colegios que se establecerían en Sevilla, Valencia, Zaragoza, Valladolid y Santiago⁵. El "Plan Mata", como se conoce vulgarmente al Plan de Estudios Médicos, por haber sido elaborado por el médico Pedro Mata y Fontanet, estaba inspirado en un modelo francés de 1795, y concedía prioridad al aprendizaje experimental y, sobre todo, clínico⁶.

De esta manera, la enseñanza puramente teórica, característica de las universidades en sus inicios, empezó a compartir

peso en el currículum universitario con la enseñanza práctica, sobre todo en las carreras científicas, especialmente la de Medicina. Fue con esta enseñanza práctica que empezaron a establecerse convenios y acuerdos con los hospitales, fuente inapreciable de docentes, recursos científico-técnicos, y fundamentalmente de pacientes con los que poder realizar dichas prácticas¹.

La incorporación de los estudios que se impartían en los colegios de medicina y cirugía a la universidad supuso que la formación de las matronas siguiese el mismo camino. En el artículo 52 del Plan de Estudios Médicos se especificaba: "Se conserva la institución de las parteras, y se perfeccionará su enseñanza"⁵. De esta manera, un tanto accidental, las matronas se convirtieron en las primeras mujeres españolas que pudieron acceder legítimamente a los estudios universitarios en España, hecho que ha sido ignorado incluso por investigadoras de la historia de las mujeres⁷. Esta investigación se centra en analizar cuál fue la evolución de los primeros años de la formación de las matronas en la universidad y cuáles fueron esas primeras matronas con título universitario en España.

Material y métodos

La metodología utilizada ha sido la propia de las investigaciones historiográficas: con su fase heurística de recogida de información y su fase de análisis e interpretación de las fuentes. Para la localización de fuentes primarias manuscritas se ha recurrido a la consulta en diversos archivos como son: el Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid (AGUCM), el Archivo Histórico Nacional (AHN) y el Archivo General de la Administración (AGA). En el AGUCM se han revisado todas las cajas recuperadas de la OPAC que contuviesen la palabra "matrona", "comadrona", "partera", "comadre" o "profesora en partos". En el AGA se han revisado los libros de registro de títulos de matrona de toda España. Desgraciadamente el primer libro de esta serie, el correspondiente a los años de 1845 a 1853, no se ha conservado o está desaparecido, por lo que para estudiar cuáles fueron las primeras matronas que se matricularon en la universidad se han consultado, en el AHN, los expedientes de las primeras alumnas de la Universidad Central. Para la consulta de fuentes primarias normativas se ha revisado la colección histórica de la *Gaceta*, para las fuentes primarias hemerográficas se ha recurrido a las hemerotecas digitales de la Biblioteca Nacional de España y del Ministerio de Cultura y Deporte. La búsqueda de fuentes primarias bibliográficas se ha realizado en el Catálogo Colectivo del Patrimonio Bibliográfico Español y en el Catálogo de la Biblioteca Nacional de España. También se ha consultado bibliografía secundaria general sobre la historia de la educación, la historia de las mujeres e historia de las matronas en España en diversas bases de datos como CUIDEN y las bases de datos del CSIC.

En las citas literales de fuentes primarias manuscritas o impresas se ha conservado la ortografía y puntuación original, siguiendo las *Normas de transcripción paleográfica* del Grupo de Trabajo de Catalogación de Manuscritos, perteneciente al Ministerio de Cultura y Deporte disponibles en la siguiente dirección web: http://www.culturaydeporte.gob.es/cultura-mecd/dms/mecd/cultura-mecd/areas-cultura/bibliotecas/cooperacion/congresos-y-jornadas/jornadas-de-cooperacion-bibliotecaria/ja2003/Informe_Catalogacion_de_manuscritos2003.pdf. Las citas literales de menos de tres líneas de texto se incorporan en el párrafo correspondiente encerradas en comillas bajas. Las citas literales de más de tres líneas se incorporan en párrafo aparte, sangradas y también encerradas en comillas bajas.

Para el manejo de la bibliografía con estilo Vancouver, tal y como se pide en las normas, se ha utilizado el gestor bibliográfico RefWorks.

Resultados

El "Plan Mata" tuvo sus días contados casi desde que fue aprobado. Baldomero Espartero, regente del reino durante la minoría de edad de la futura reina Isabel II, había encargado el proyecto de reforma de los estudios médicos a Pedro Mata, discípulo de Mateo Orfila y defensor del mecanicismo positivista y experimentalista. Sin embargo, el acceso al poder de los moderados hizo fracasar su proyecto⁸. El plan fue derogado, al aprobarse el plan general de estudios, conocido en este caso como "Plan Pidal". En el texto de la publicación se explicaban los motivos de este nuevo cambio⁹:

También las ciencias médicas fueron objeto hace dos años de una reforma notable, que ha dado margen a la vez a grandes elogios y a reclamaciones dignas de tenerse en cuenta. Ha sido necesario meditar muy detenidamente sobre las ventajas y los defectos del último arreglo para conservar las primeras y enmendar los segundos. La supresión de la medicina pura en las universidades; la unión definitiva de la interna con la externa, unión reclamada a tiempo por los más sabios profesores, y uno de los cánones que predomina hoy en tan importante facultad; la aplicación de las ciencias físicas y naturales, no menos útil a estas que a la medicina misma; la mayor extensión dada a los estudios, su más acertada combinación, y el empleo de todos los medios materiales que exige tan complicada enseñanza, tales son las ventajas que proporcionó el plan de 10 de octubre de 1843 y han procurado conservarse.

Sin embargo, el nuevo plan disminuía el número de profesores asignados a las facultades médicas, por considerarlo excesivo, y suprimía los colegios de medicina, sobre los que

se objetaba eran una fuente importante de gastos sin que hubiese beneficios. El objetivo era reorganizar y disminuir las múltiples categorías que existían de "profesores del arte de curar".

Fue en esta transición entre diferentes planes de estudios cuando se encuentran a las primeras matronas tituladas por la universidad. Aquellas que se habían formado por el sistema anterior obtuvieron su título tras aprobar su correspondiente examen de reválida. A continuación se nombran a algunas de ellas localizadas en el curso de esta investigación:

Josefa Golfín Beltri

Era natural de París y vecina de la malagueña ciudad de Antequera. Como en esa época aún faltaba mucho para la generalización del uso de la fotografía, en su expediente aparece su descripción física¹⁰: era de estatura mediana, color regular, ojos pardos, nariz regular y cabello negro. Por Real Orden de 7 de febrero de 1845 se dispuso que fuese admitida en la Facultad a examen de matrona.

Sección de Instrucción Pública negociado nº 1
15ª fol 17. Junta el 21 de febrero de 1845.

Accediendo S. M. á la instancia que ha elevado D^a Josefa Golfín Beltri y teniendo presente lo informado por V. M. se ha dignado resolver que se le admita en esa escuela á los exámenes que señala el reglamento para obtener el Título de Matrona á que aspira, debiendo advertir que esta interesada ha satisfecho en la junta de centralización ochocientos cincuenta y seis reales de vellón y dos maravedís por razón de depósito. De Real orden lo comunico a V.I. para su inteligencia y efectos correspondientes Dios guarde a usted muchos años.

Madrid 7 de febrero de 1845.

Pidal.

Director de la Facultad de Ciencias de esta Corte

El 18 de febrero de 1845, con 32 años, fue examinada de matrona y aprobada por todos los votos. Posiblemente, después de María Isidra de Guzmán y de la Cerda, Josefa Golfín Beltri fue la segunda mujer española en obtener un título universitario en España. Se han localizado más datos sobre esta matrona, pero la extensión del trabajo no permite ampliar la información.

M^a Antonia Iribarren Arce

Nació en Usurbil, en la provincia de Guipúzcoa, el 10 de mayo de 1810. La descripción física contenida en su expediente señala que era una mujer de estatura cumplida, color de piel moreno, ojos negros, nariz regular y cabello negro. Su marido, el cirujano José Antonio Goñi, había fallecido el

4 de marzo de 1838. M^a Antonia Iribarren tuvo que realizar la parte práctica de su formación con un cirujano llamado Juan Maguivar, quien le firmó el correspondiente certificado. Fue examinada en la Facultad de Ciencias Médicas de Madrid el 3 de julio de 1845, siendo aprobada por todos los votos¹¹. Sin embargo, en el "Índice de Licenciados, doctores y demás graduados en la Universidad Central" correspondiente a los años 1845 y 1851, en el apartado de matronas, no aparecen ni Josefa Golfín Beltrí ni M^a Antonia Iribarren Arce. Según dicho índice, tan solo se examinaron en ese periodo un total de diez mujeres (Imagen 1)¹².

Martina Olaechea Aldumenin

La que sí aparece en la lista de la Imagen 1 es Martina Olaechea Aldumenin, una matrona que tras haber obtenido su aprobación por el Protomedicato de Navarra tuvo que volver a examinarse en la Universidad Literaria de Madrid¹³. Martina Olaechea se había formado de manera teórica durante dieciocho meses con Miguel Mónaco y de manera práctica durante seis años con su madre, que también era matrona y se llamaba Catalina Aldumenin. Fue examinada en la villa de Peralta por Santiago Ruiz en virtud de la autorización firmada por José M^a de Vallearena para que la examinase en "comisión". Según aparece en el expediente, José M^a de Vallearena era "protomédico y alcalde examinador mayor

de todos los médicos, cirujanos, apotecarios, sangradores, flebotomianos y amas de parir, perteneciente a la Real Sociedad de Medicina y Ciencias Médicas de Sevilla, vocal de la Junta Provincial de Sanidad". José M^a de Vallearena fue el último de los protomédicos navarros¹⁴. Tras ser examinada nuevamente el 6 de abril de 1846 por Bonifacio Giménez, Dionisio Villanueva Solís y Vicente Asuero, Martina fue aprobada por todos los votos¹³.

A pesar de que en el plan Mata se señalaba que se conservaría la formación de las parteras y que incluso se mejoraría, la realidad es que no se tomó ninguna medida para cambiar la organización de dichos estudios. El Real Decreto de 16 de junio de 1827, el último que modificó los estudios en los Colegios de Cirugía, seguía estando vigente y, de hecho, continuó estándolo bastantes años³. Por lo tanto, las que quisieran formarse como matronas debían prepararse tanto teórica como prácticamente de manera particular y acudir a las universidades para solicitar el examen de reválida. Tras depositar el dinero correspondiente y los papeles que demostraban los requisitos solicitados, sufrían un examen por parte de tres profesores de la universidad y eran reprobadas o aprobadas. En el caso de no aprobar el examen se devolvían a la interesada los documentos que había presentado, así como el dinero depositado para la expedición de su título. Este fue el caso de Lorenza Aranza, que en 1848 no superó

<u>Nombres.</u>	<u>Día del examen</u>
D ^a Isabel Yrairo y Salvide	2. Marzo 1847.
Isabel Rodríguez y Diaz	7. Abril 1847.
Ysidra Liriano y Perez	18. Mayo 1846.
Josefa Abadunaro y Abacian	31. Julio 1847.
Maria Pesado y Cabrera	15. Abril 1850.
Martina Olaechea	6. Abril 1846.
Reamona Ferrer y Llano	15. Junio 1847.
Reamona Yturria	4. Abril 1851.
Trinidad Lopez del Castillo	1 ^o . Febrero 1849.
Lecilia Dublane	18. Mayo 1846.

Imagen 1. Matronas que aparecen en el Índice de Licenciados, doctores y demás graduados en la Universidad Central (1845-1851), AGUCM, AH-0343¹²

las pruebas por lo que le fue denegado el título y se le devolvieron 100 reales de vellón que tenía depositados¹⁵.

La Ley de Instrucción Pública de 1857

En la Ley de Instrucción Pública, de 9 de septiembre de 1857, los estudios de matrona estaban incluidos dentro de título III, capítulo I, denominado "De las Universidades", ya que estos estudios, junto con los de practicantes, se obtendrían en las Facultades de Medicina¹⁶. El artículo 41 establecía que el Reglamento correspondiente determinaría las condiciones que serían necesarias para obtener el título de matrona o partera. De esta manera, la carrera de matrona pasaba a consolidarse como una enseñanza universitaria, siendo las matronas las primeras mujeres que accedieron a matricularse de manera oficial y obtener un título en la universidad.

El artículo 79 establecía las normas para la obtención del correspondiente título académico, que consistían en someterse a los exámenes y ejercicios generales sobre las materias requeridas en cada titulación y satisfacer los derechos del título. La ley tenía un carácter claramente centralizador, otorgando una mayor relevancia a la Universidad Central, establecida en Madrid, que a las nueve Universidades de Distrito, localizadas en Barcelona, Granada, Oviedo, Salamanca, Santiago, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza. El artículo 129 disponía que en la Universidad Central se enseñasen las materias correspondientes a todas las facultades «en su mayor extensión hasta el grado de Doctor», mientras que restringía las posibilidades de formación en las Universidades de Distrito. Ni la Universidad de Oviedo ni la de Zaragoza, contarían inicialmente con una facultad de Medicina, así que la enseñanza de las carreras de matronas y practicantes no podría tener lugar en ellas. El resto de las Universidades de Distrito solo podrían dar enseñanza en la facultad de Medicina hasta el grado de licenciatura. En ningún momento la ley prohibía explícitamente el acceso de la mujer a una formación distinta de las de matrona o maestra de primera enseñanza, considerada esta última una formación de tipo profesional junto a la de veterinaria, profesores mercantiles, náutica, maestros de obras, aparejadores y agrimensores. Tanto las matronas como los practicantes debían de pagar ochocientos reales de vellón para la obtención de su título¹⁶.

El Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas de 1861

Según estaba planificado en los artículos 40 y 41 de la Ley de 9 de septiembre de 1857, la Dirección General de Instrucción Pública, dependiente del Ministerio de Fomento aprobó el 21 de noviembre de 1861 el "reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas" (Imagen 2)¹⁷.

La enseñanza de ambas carreras, según se recogía en el artículo primero, se autorizaba únicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid,

que eran precisamente las ciudades donde existían facultades de Medicina, según había dispuesto la Ley de Instrucción Pública de 1857. Los practicantes podían realizar prácticas en todos los hospitales públicos, ya fuesen provinciales, municipales o de otra clase, siempre que estos contasen con un mínimo de sesenta camas y que tuviesen un número habitual mínimo de cuarenta enfermos. Las matronas recibirían su enseñanza en las Casas de Maternidad o en los hospitales donde hubiese sala de partos.

Los establecimientos para la enseñanza de ambas carreras debían ser necesariamente designados por los rectores de las universidades correspondientes, publicándose el resultado en el Boletín Oficial de la Provincia que se tratase. De esta forma, los rectores de las universidades literarias se convertían en jefes de los hospitales y casas de maternidad, aunque únicamente en lo relativo a la docencia. Entre sus atribuciones estaba, además de otras como cumplir y hacer que se cumpliesen las leyes, decretos y demás órdenes, designar a los profesores que debían dar estas enseñanzas. Dada la necesidad de asociar la docencia a un tipo de establecimiento determinado, el profesor o maestro asignado a las matronas debía ser un facultativo titular de una casa de maternidad o de un hospital donde hubiese sala de partos. En el caso de Madrid, Tomás Corral y Oña, que en esos momentos era rector de la Universidad Central, nombró primer profesor para la enseñanza de "Matronas o parteras" a Gerónimo

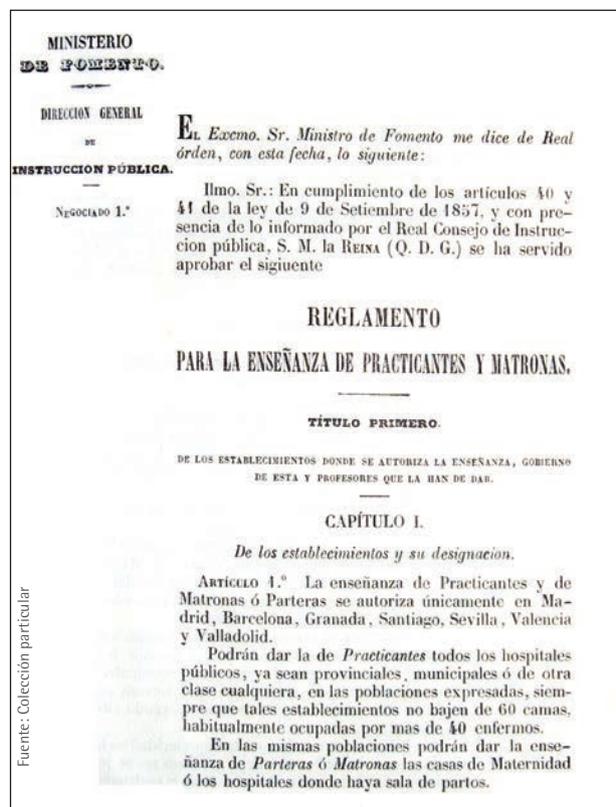


Imagen 2. Portada del Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas de 1861

Blasco y Romanillos, facultativo de la Casa de Maternidad, Inclusa y Colegio de la Paz, situada en la calle Mesón de Paredes número 62 y que contaba con 42 camas. En el Cuadro 1 aparecen los establecimientos del resto de España donde se impartían las enseñanzas prácticas en 1863.

El número de alumnas matriculadas los primeros años fue muy escaso. No hay que olvidar que en España en esos momentos, y hasta mucho tiempo después, el nivel de analfabetismo era muy elevado, especialmente entre las mujeres. Alrededor de 1850 un 75% de la población no sabía leer ni escribir, porcentaje que disminuyó al 50% en 1900¹⁸.

El requisito de saber leer y escribir debió de dejar fuera de la formación de matrona a un buen número de mujeres. Sin embargo, el plan de estudios de la carrera de matrona era muy simple. Era evidente que los que lo habían planificado no deseaban que las matronas tuviesen demasiadas competencias. Comprendía las siguientes materias¹⁷:

1. Nociones de obstetricia, especialmente de su parte anatómica y fisiológica.
2. Fenómenos del parto y sobrepardo naturales, y señales que los distinguen de los preternaturales y laboriosos.
3. Preceptos y reglas para asistir a las parturientes y paridas, y a los niños recién nacidos, en todos los casos que no salgan del estado normal o fisiológico.
4. Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfícticas o apopléticas.
5. Manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida.

Si se comparan las "cualidades necesarias para ser admitidos a matrícula", en ambas carreras de matrona y practicante, se observa una clara discriminación hacia las primeras. La

única coincidencia de los requisitos exigidos a unas y a otros era que todos ellos debían haber aprobado un examen de las materias comprendidas en la primera enseñanza elemental completa. La cláusula de edad se establecía en 16 años para los practicantes y 20 años para las matronas. Nada más se exigía a los practicantes, sin embargo, las matronas, al igual que sus antecesoras, las alumnas del Colegio de Cirugía de San Carlos, debían ser casadas o viudas. Las casadas necesitaban una autorización de sus maridos e, independientemente del estado civil, todas debían presentar un certificado de su párroco donde constase su "buena vida y costumbres".

Otras diferencias por razón de género que existían en el citado reglamento eran las relativas a las clases y a los exámenes: al igual que sucedía con las matronas del Real Colegio de Cirugía San Carlos³, las clases de las futuras matronas debían darse a puertas cerradas y a horas distintas de las del resto de alumnos varones, como por ejemplo los practicantes. Con respecto a los exámenes, mientras que los de los practicantes eran públicos, los de las matronas debían ser "reservados". Todos estos representan perfectamente la vida de las mujeres en la España del siglo XIX: la reclusión, la invisibilidad... Todos estos detalles recuerdan a la situación actual de las mujeres en los países islámicos, que tanto escandaliza, y que sin embargo ha existido hasta no hace tanto en España.

Los exámenes debían verificarse en la universidad donde se hubiera efectuado la matrícula al terminar el cuarto y último semestre. La duración del ejercicio era de una hora, con contenidos teórico-prácticos y versaba sobre todas las materias contempladas en el plan de estudios. El capítulo II del título tercero del reglamento establecía las condiciones existentes para la realización de la matrícula, que sería semestral y se cumplimentaría en la secretaría de la universidad respectiva. La apertura del periodo de matriculación debería anunciarse en los boletines oficiales de las provincias co-

Cuadro 1. Estado de la enseñanza de matronas en el último semestre de 1863

Ciudad	Establecimiento	Profesor autorizado	Nº alumnas
Madrid	Hospital General de la Inclusa	D. Manuel Aguirre Iriepal D. Rafael Martínez	4
Barcelona	Hospital de la Santa Cruz	D. José Oriol Solá	2
Granada	Casa del Amparo	D Ramón Manuel Páramo	2
Santiago	Hospital Clínico de la Facultad de Medicina	D. Juan García Baeza	1
Sevilla	Hospital Central	D. Diego Pérez Baños	1
Valencia	Hospital Central	D. José Bori	0

Fuente: AGA, (05) 32/16398

responsables a cada distrito universitario, y los periodos oficiales serían dos: del 15 al 30 de septiembre y del 16 al 31 de marzo de cada año.

Las clases serían diarias, y las alumnas deberían satisfacer la cantidad 20 reales en concepto de matrícula y otros 20 reales mensuales al profesor encargado de su enseñanza¹⁹. Volviendo al ejemplo de la Universidad Central, en ese primer plazo se matricularon 105 hombres en la carrera de practicantes, frente tan solo a una mujer para la carrera de matrona. Su nombre era Eulalia Pardo Barón, natural de Angües, provincia de Huesca, de 28 años²⁰. Solo se puede especular sobre los motivos para tan escaso interés por parte de las mujeres hacia los estudios de matrona. Además del requisito de saber leer y escribir, entre el resto de los motivos muy bien podrían encontrarse los económicos. En el Reglamento para las enseñanzas de practicantes y matronas de 1861 se establecía el precio por los distintos conceptos que debían pagar las interesadas, a los que se tenía que añadir los derechos de examen en la Escuela de Maestras correspondiente. En el Cuadro 2 se recoge el total del coste de los estudios, que eran bastante elevados para la época. Teniendo en cuenta que la formación de las mujeres en aquella época no interesaba demasiado, es fácil comprender que solo unas pocas pudieran asumir los costes de los estudios.

Para poder pasar semestre era indispensable haber aprobado el semestre previo. Los profesores encargados de la enseñanza de las matronas, a principio de los meses de septiembre y marzo, realizarían pruebas de aptitud a sus discípulas, las que ellos considerasen adecuadas, con el fin de confeccionar una lista que incluiría tanto a las alumnas que podían ser admitidas al semestre siguiente, como aquellas que necesitaran repetirlo. Dicha lista sería remitida al rector de la universidad en los días 12 de septiembre y 13 de marzo de cada año.

La redacción del reglamento finalizaba con dos artículos en los que se recordaba a lo que autorizaba cada una de las

carreras. En el caso de las matronas, el artículo 50 especificaba que solo estaban autorizadas a atender los partos y "sobrepartos" naturales. En el caso de que se presentase un parto "preternatural o laborioso", la matrona debía llamar sin pérdida de tiempo a un "profesor autorizado en este ramo de la ciencia", aunque podrían seguir asistiendo a la mujer embarazada, parturienta o parida como auxiliar del facultativo. Se habían perdido, por tanto, el resto de las competencias, como las relacionadas con los cuidados ginecológicos y pediátricos.

Francisca Alsina, vecina de Sabadell, presentó en 1863 un recurso pidiendo que ya que a la publicación del reglamento de 1861 se encontraba con los requisitos necesarios exigidos por el Real Decreto de 30 de junio de 1827, pudiera ser admitida a reválida²¹. El dictamen del Real Consejo de Instrucción Pública fue positivo, otorgándose un plazo improrrogable de seis meses para que ella, y todas las que estuviesen en su situación, pudiesen acudir a los rectores de las universidades donde hubiera Facultad de Medicina, justificando los méritos alegados y poder así ser sometidas a examen de reválida. Aprovechando esta resolución, matronas como Valentina Abellán de Quirós presentaron su solicitud para revalidarse en la Universidad Central. Era natural de Santander, estaba casada con Tomás Cantera y tenía 28 años. Había acudido a formarse teóricamente a la casa-estudio de un cirujano desde primeros de 1852 a mediados de 1857, acudiendo también con él a atender partos. Fue examinada y aprobada de matrona el 11 de junio de 1863²².

Los exámenes en la Escuela Normal Central de Maestras

Uno de los requisitos para poder acceder a los estudios de matrona, recogido en artículo número 20 del reglamento de 21 de noviembre de 1861, era haber recibido con aprovechamiento la primera enseñanza elemental. Para poder

Cuadro 2. Costes totales de los estudios de matrona en 1861

Concepto	Coste
Derechos de examen y timbre en la Escuela Normal de Maestras	25,00
20 reales por la matrícula de cada semestre en la universidad	80,00
20 reales mensuales al profesor	480,00
60 reales por derechos de reválida y habilitación	60,00
800 reales por derechos de título	800,00
52 reales por derechos de examen y expedición de título	52,00
Total	1.482,00

Fuente: elaboración propia a partir del reglamento de las enseñanzas de practicantes y matronas de 21 de noviembre de 1861 y los documentos encontrados en: AGUCM, P-0031¹⁹

demostrar este punto, las candidatas debían someterse a un examen en una Escuela Normal de Maestras, ante un tribunal compuesto por la directora, la regente y uno de los profesores auxiliares de dicha escuela. El mismo requisito se exigía para los practicantes, que debían examinarse en la Escuela Normal de Maestros, siguiendo las pautas de la época de una escrupulosa segregación por cuestiones de género.

La realización de estos exámenes suponía un aumento considerable en las cargas de trabajo del profesorado de dichas escuelas; sin embargo, en el citado reglamento no se contemplaba ningún tipo de retribución compensatoria para las personas que componían el tribunal. Por este motivo, el director de la Escuela Normal Central de Primera Enseñanza de Madrid, Basilio Sebastián Castellanos, escribió una carta al rector de la Universidad Central solicitando que se estableciese la cantidad que los aspirantes deberían satisfacer como derechos de examen y certificación¹⁹. La contestación del rector fue positiva, autorizando a cobrar a cada alumno/a veinte reales por los derechos de examen, cantidad que se repartiría entre los miembros del tribunal y seis reales por la certificación correspondiente, cantidad esta que incluiría el importe del sello. Fue de aplicación inmediata, pues, como se puede ver en la Imagen 3, Eulalia Pardo Barón, que fue

la primera alumna matriculada bajo el nuevo reglamento, resultó admisible a examen en la Escuela Normal de Maestras de Madrid ese mismo año de 1861.

Uno de estos centros fue la Escuela Normal Central de Maestras, que se había fundado en Madrid tan solo unos años antes, en 1858. Posteriormente se crearon escuelas normales en las distintas capitales de provincia^{23,24}. La primera examinada en la Escuela Normal Central de Maestras fue Eulalia Pardo Barón que, como se ha visto, también fue la primera matriculada en la carrera de matrona en la Universidad Central, después de haberse aprobado el Reglamento de 1861. Entre 1861 y 1879, que son los años recogidos en el listado, se realizaron en dicha escuela un total de 107 exámenes de ingreso, de los cuales resultaron 21 suspensos y el resto aprobados²⁵. Algunas de las reprobadas volvían a intentar un nuevo examen, acumulando en algunos casos dos reprobaciones, lo cual demuestra que las candidatas debían poseer cierta cultura y no todas eran admitidas a estudiar la carrera a pesar de saber leer y escribir medianamente. Los exámenes fueron al inicio muy sencillos, consistían en un dictado y una operación matemática.

Conforme pasaron los años, los exámenes si hicieron más complejos, en 1871 además de tener conocimientos de lectura y escritura se las examinaba de los principios de gramática castellana con ejercicios de ortografía, doctrina cristiana y nociones de historia sagrada acomodada a los niños, principios de aritmética con el sistema legal de medidas, pesas y monedas y unas ligeras nociones de higiene doméstica²⁶.

Cuando la profesión de matrona estuvo a punto de desaparecer en España

Los cirujanos, que no veían con buenos ojos que se siguieran formando matronas y practicantes, aprovechaban cualquier oportunidad para arremeter contra la continuidad de la enseñanza de estas carreras. M^a Carmen Álvarez Ricart recopiló algunos de estos textos publicados en la prensa de la época²⁷:

¿A qué crearlas? Decimos esto por las matronas, pues como son tan pocas, sin duda no tienen ni profesor ni establecimiento donde hacer su estudio. Esto sucede con las cosas que son innecesarias y no se preméditan bien; suprimanse de una vez, como también los practicantes; terminen ya los y las que han comenzado, y premedítese mejor en adelante lo que conviene hacer respecto a la creación de las clases y carreras.

El autor del artículo no iba desencaminado en cuanto al número de alumnas y a las dificultades que se encontraban para lograr docentes que impartiesen sus enseñanzas. En las primeras convocatorias de la Universidad de Sevilla, en

Matronas		
Exámenes de ingreso		
1861	Eulalia Pardo y Barón	Aprobada
	Agustina Ortega y Ruiz	Reprobada
1862	Juana Alcega y Jordán	Aprobada
	Micada Gancedo y Toca	Aprobada
1863	Nictoria Saldama y Costa	Aprobada
	Luisa de Urte y Anle	Aprobada
1864	Joaquina González de la Mata	Aprobada
	Celidonia Torralba y Lorado	Aprobada
	Valentina Lina y Galindo	Aprobada
1865	Fernanda Hernández y Jimenez	Aprobada
1866	Ramona Guozáin y Barasoain	Reprobada
1867	Felipa Parra y Molina	Aprobada
1868	Mariana de Miguel y Esten	Aprobada
	Josfa Barado y Gallardo	Aprobada
	Juana Velázquez y Amiarán	Aprobada
1869	Enriqueta Jimenez y Molina	Aprobada
	Maria Tribarén y Montaner	Aprobada
	Josfa Montañudo y Garcia	Aprobada
	Francisca Inchaeta y Arguñanarria	Aprobada
	Simona Velazco y Sucas	Aprobada
	Martina Agajala Arteta	Aprobada
	Modesta Artola y Garcumbe	Aprobada
1870	Amalia Ruano y Marengo	Aprobada
	Diosa Malinque y Romantier	Aprobada
	Dolores Carbajal y Manubresa	Aprobada
	Maria Alcega y Ichuvarria	Aprobada
	Faustina Martín y Cos	Aprobada
	Faustina Martín y Cos	Aprobada
	Picenta González y Vallejo	Reprobada
	M ^a del Pilar Sauriqui de Saco	Aprobada
	Dolores Lina y Oliva	Reprobada

Imagen 3. Lista de alumnas matriculadas para el examen de acceso a la carrera de matrona en la Escuela Normal de Maestras de Madrid

1962, no se matriculó ninguna alumna²⁸. En la Universidad Central, el número de candidatas también era muy escaso, aun siendo la universidad que en esos momentos tenía un mayor número de matriculadas²⁷:

En cuanto a las matronas no decimos nada, porque aún en Madrid que es donde creemos se hayan matriculado más, ningún año pasan de seis: no son nuestras mujeres españolas como las inglesas o alemanas, y por consiguiente no hay que temer que nos hagan daño en nuestras carreras y destinos profesionales.

Efectivamente, el número de matriculadas era tan escaso que en la Universidad Central ningún profesor duraba demasiado tiempo en su puesto. Renunciaban a su cargo aduciendo que no les compensaba económicamente. Las rotaciones de estos profesores pueden verse en el Cuadro 3.

Un problema añadido era la formación práctica, que teóricamente debía llevarse a cabo en las casas de maternidad. Las Casas de Maternidad acogían a aquellas mujeres embarazadas muy pobres o que no tenían pareja, como era el caso de las madres solteras. Los miembros de las Juntas de Beneficencia, pertenecientes a capas elevadas de la sociedad, se autoerigían en garantes de la confidencialidad de estas mujeres, que tenían a sus bebés fuera de los cánones del "legítimo matrimonio", con el objetivo expreso de evitar, por un lado, la deshonra de la mujer, y por otro un posible infanticidio. Esta situación fue clave para el desarrollo posterior de la profesión, ya que dificultó enormemente la enseñanza práctica. Sin embargo, en otros países como Francia la situación era completamente diferente²⁹:

Desde luego debo fijarme la atención en la casa central de Maternidad de París, fundación favorita de Napoleón, y a cuya organización concurren con sus luces y sus consejos los administradores más distinguidos y los médicos más sabios de Francia. Esta institución com-

prende una cátedra de partos para mujeres, de la que han salido profesoras sobresalientes que han merecido figurar con distinción en el mundo científico.

Por Real Orden de 12 de agosto de 1864 se prohibió que la enseñanza de las matronas se verificase en la Casa de Maternidad de Madrid, y por extensión, a voluntad de la reina Isabel II, se aplicó esta norma al resto de Casas de Maternidad del reino³⁰. El expediente, promovido por la Junta provincial de Beneficencia, aducía que la enseñanza de las matronas en estos centros quebrantaba la norma de secreto y reserva que se tenía de las acogidas. Esto propició que tanto la enseñanza teórica como la práctica de las futuras matronas se realizasen en las respectivas universidades.

El 23 de abril de 1866, en el Congreso se procedió a la lectura de un proyecto de ley presentado por los diputados Cristóbal Martín Herrera y Ramón Ortiz de Zárate. Dicho proyecto de ley contemplaba la reforma de la organización de las clases médicas, intentando una convalidación del título de Cirujano por el de Médico. Aprovechando la oportunidad, incluían en el punto once del texto preliminar del proyecto de ley la supresión de la carrera de practicantes y matronas³¹:

Otra medida de grande urgencia es la supresión de la carrera de practicantes y matronas: dos años de experiencia han bastado á demostrar que, limitados los primeros á la órbita de sus títulos, es imposible una subsistencia que los indemnice del tiempo de estudios que se les exigen, al paso que la extralimitación de aquellos es tan de temer, como funesta en los resultados, pues que sus insignificantes estudios en cirugía menor están muy lejos de abonar el acierto en el ejercicio de una profesión tan grave y delicada como la medicina y aun la cirugía mayor; siendo por otra parte lo cierto que los auxilios que la ley ha buscado en los practicantes y matronas

Cuadro 3. Profesores de la enseñanza de matronas en la Universidad Central entre 1861 y 1868

Curso académico	Profesor	Establecimiento
1861-1862	Gerónimo Blasco Romanillos	Casa de Maternidad de la Inclusa
1862-1863	Manuel Aguirre Iriépar	Casa de Maternidad de la Inclusa
1863-1865	Rafael Martínez Molina	Clínicas de la Facultad de Medicina
1865-1867	Esteban Sánchez Ocaña	Clínicas de la Facultad de Medicina
1867-1868	Luis Roa y Veldrof	Clínicas de la Facultad de Medicina
1868	Rogelio Casas	Clínicas de la Facultad de Medicina

Fuente: elaboración propia a partir de AGUCM, P-0031¹⁹; AGUCM, AH-0379 y AGA⁵ 32/16398

son de un carácter tal, que más que estudios académicos requieren la práctica y la buena disposición que las personas que tienen necesidad de ellos y los facultativos que les recomiendan ponen buen cuidado en reconocer previamente.

Así que de repente, con evidente ignorancia de la memoria histórica, según dicho proyecto de ley, las matronas eran una invención del Estado español con tan solo dos años de antigüedad. Francisco Méndez Álvaro en su famosa *Defensa de la clase médica contra las pretensiones de cirujanos y practicantes*, en lugar de hacer un repaso de la ancestral historia de las matronas, al igual que hizo en el mismo texto con la división histórica entre los médicos y cirujanos, respondió lo siguiente³¹:

¡También las matronas! ¡Hasta el pudor de las mujeres se quiere sacrificar, afectando una severidad catoniana, en aras de los intereses de los cirujanos!

¡Cubrámonos el rostro para ocultar el rubor! ¿Qué diría la culta Europa, si la culta Europa se ocupara de nuestra desvencijada administración, al advertir que mientras fomentan los gobiernos con grandísimo esmero, en todos los países del mundo, la creación de las matronas, se pretende aquí hacer pasar al bello sexo por la vergüenza y la humillación de entregarse en manos de hombres, no siempre bastante delicados y cultos, aun en los partos que para nada reclaman la intervención del arte? Cuando empiezan algunas naciones á dar enseñanza médica, más o menos completa, á las mujeres, para que asistan á las personas de su sexo (cosa que estoy muy apartado de alabar), ¿hemos de dar aquí en el extremo contrario, extinguiendo la enseñanza de las matronas, que debiera al revés fomentarse y perfeccionarse muchísimo?

Puede deducirse de este texto que los motivos de continuar con la enseñanza de la carrera de matronas en España estaban basados más en la conveniencia de conservar el pudor de las mujeres que daban a luz que en otros aspectos. Aspectos tales como la incorporación de las mujeres al mundo laboral en general, y al de las profesiones sanitarias en particular. Tampoco deja indiferente su opinión de estar "muy apartado de alabar" el ejemplo de otras naciones, que habían iniciado la enseñanza médica a las mujeres. No es más que una nueva muestra de la poca valoración de las mujeres en la androcéntrica sociedad española del siglo XIX.

El proyecto de ley, en su artículo cuarto, recogía que quedaban suprimidas las enseñanzas de practicantes y matronas. Sin embargo, en septiembre de ese mismo año, de acuerdo al artículo 125 del reglamento de las universidades del reino,

volvió a abrirse el plazo de matrícula para la carrera de matronas y practicantes, para que quienes hubiesen iniciado sus estudios los pudiesen concluir³².

Dos meses más tarde se aprobó por Real Decreto la reforma de los estudios de las Facultades de Medicina y Farmacia. En su artículo 11 se suprimía la matrícula para el primer semestre de la carrera de practicantes, pero permitiendo continuar a los que ya hubiesen iniciado los estudios. Sin embargo, no se hacía mención a los estudios de la carrera de matrona³³.

Según Teresa Ortiz, la aplicación del reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas tuvo un efecto negativo sobre el número de titulaciones de estas últimas³⁴. Efectivamente, si se observa el Gráfico 1 en la que aparecen reflejadas las titulaciones desde 1853 y 1868 se puede apreciar una caída brusca después de 1864, tras las matriculaciones de los exámenes de reválida de las que habían estudiado por el sistema anterior. También es muy significativa la diferencia numérica entre las tituladas en Barcelona y Madrid.

La entrada en vigor del Decreto de Libertad de Enseñanza³⁵ durante el llamado "Sexenio revolucionario" impidió que desapareciesen las carreras de matrona y practicante. Las matronas siguieron formándose en la universidad hasta que un Decreto en 1940 indicó que los estudios de la carrera oficial de matrona se desarrollasen en la Casa de Salud de Santa Cristina³⁶. En 1957 la de matrona dejó de ser una carrera autónoma, convirtiéndose en una especialidad de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), y perdiendo así también su histórico carácter universitario^{37,38}.

Discusión

La mayoría de las investigaciones que abordan la incorporación de la mujer en la universidad señalan a M^a Elena Maseras Ribera como la primera universitaria española⁷. Sin embargo, como se ha podido comprobar, matronas como Josefa Golfín Beltrí, en 1845, estuvieron matriculadas en la universidad, aunque solo fuera para pasar la reválida y obtener un título universitario. Si esto no vale y se añade el requisito de que, además de la matrícula, se cursasen las materias teóricas y prácticas en la universidad, se puede considerar a la matrona Eulalia Pardo Varón como una de las primeras universitarias españolas. Por el contrario, si se cae en la trampa intelectual de la que habla Adrienne Rich sobre considerar que la única cultura imaginable es la patriarcal³⁹, es decir, suponer que las primeras universitarias fueron aquellas que pudieron acceder a los estudios que antes únicamente estaban destinados a los hombres, entonces las matronas no podrían considerarse las primeras universitarias.

Por otro lado, otras investigaciones como las de la historiadora Carmen González Canalejo⁴⁰, han considerado la

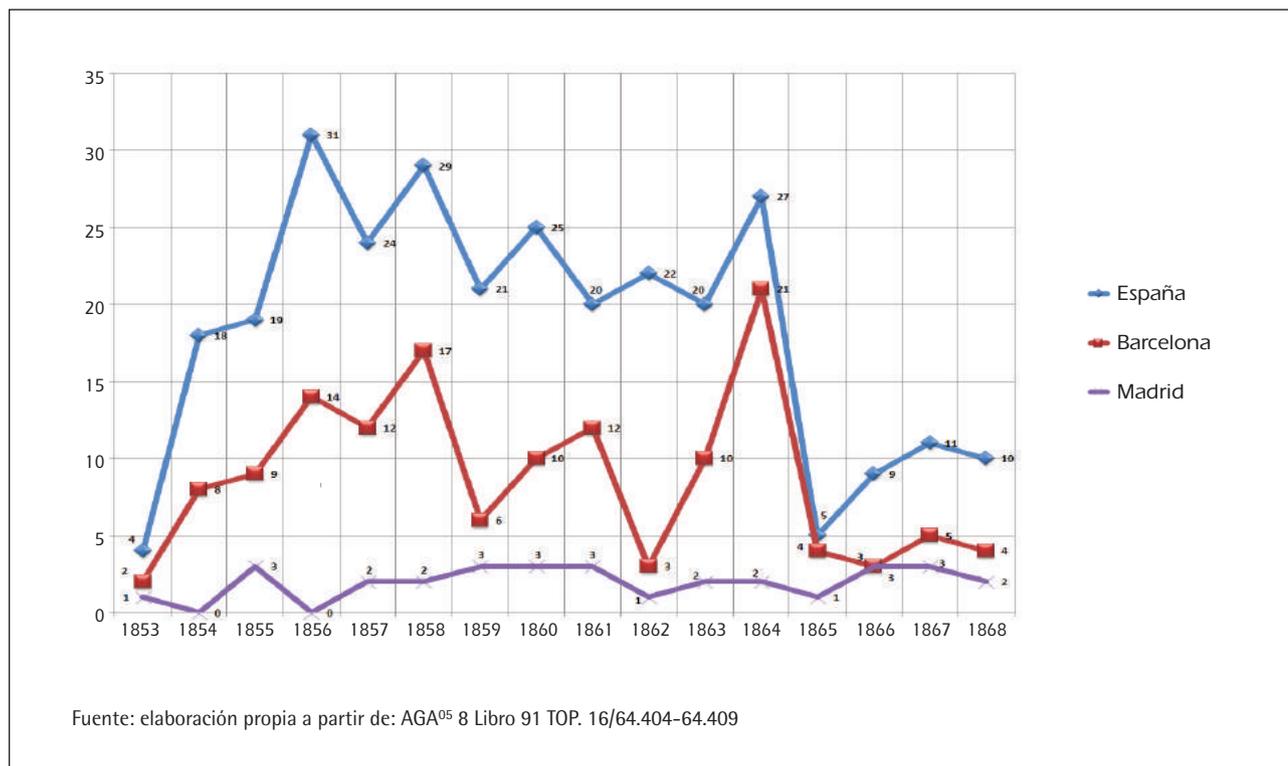


Gráfico 1. Comparativa de matronas tituladas entre Madrid, Barcelona y global nacional entre 1853 y 1868

Ley de Instrucción Pública de 1857 como el punto de inicio para la integración de las matronas en la universidad, pero, como se ha demostrado, hubo matronas tituladas en la universidad con anterioridad siguiendo los planes de estudios previos (Gráfico 1).

Conclusiones

Las matronas fueron las primeras mujeres que pudieron acceder a una formación oficial y a un título universitario en España, aunque su supervivencia en una institución eminentemente patriarcal, incluso en la actualidad, no estuvo exenta de dificultades.

M^a Elena Maseras Ribera fue la primera mujer en matricularse en 1872 en una carrera hasta entonces exclusivamente masculina, y una de las primeras licenciadas por una universidad española. Con anterioridad otras muchas mujeres habían recibido enseñanzas y títulos universitarios y estaban incluidas en los mismos libros de registro que el resto de las carreras que se impartían en la universidad desde 1845 y esas eran aquellas que se habían formado para ser matronas.

El hecho de que dentro de las investigaciones históricas sobre la mujer se haya dado mayor importancia a las mujeres "transgresoras", puede haber restado valor historiográfico

a aquellas que, como las matronas y las maestras, tenían profesiones consideradas por la sociedad patriarcal como "apropiadas para la mujer". Aunque cada vez existe un mayor interés por estudiar los antecedentes históricos de la profesión de matrona, aún hacen falta muchas investigaciones que contribuyan al conocimiento de su papel en la historia española en general y en la historia de la Medicina en particular. Las profesiones que tienen un mayor respeto por su historia son las que más peso terminan teniendo en la sociedad, y eso es algo que no han de olvidar las matronas, "una profesión ancestral basada en el amor" como decía nuestra compañera Consuelo Ruiz Vélez-Frías.

Agradecimientos

Las investigaciones no se hacen en solitario, aunque únicamente sea una persona la que figure como autora. En mi caso tengo la suerte de contar con mi familia y especialmente con mi marido, Jaime Palomar del Cerro, que siempre me ayuda y me apoya de muy diversas formas. También me siento afortunada por la ayuda que me prestan mis compañeros del área de Historia de la Ciencia en la Universidad de Alcalá, los doctores Alberto Gomis (mi mentor), Raúl Rodríguez Nozal y Fernando Serrano Larráyo. Y por supuesto no puedo dejar de agradecer al personal que trabaja en los archivos su ayuda durante las largas horas que supone la

investigación en esos centros. Quiero destacar especialmente a Isabel Palomera Parra y Susana Donoso Sordo en el Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid, y a Elena Jiménez López y Evelia Vega González en el Archivo Histórico Nacional (esta última actualmente destinada en el Archivo General de la Administración). Su ayuda ha sido imprescindible para la realización de este trabajo.

Agradezco también a la Asociación Española de Matronas la concesión de este segundo premio Maribel Bayón en su edición de 2019, ya que tiene un significado muy especial para mí. Maribel Bayón fue una de mis maestras matronas mientras hice mi residencia en el Hospital Universitario de La Paz, entre los años 1994-1996. Fue una gran matrona y mejor persona, con una sonrisa perenne en los labios y un carácter maravilloso. Siempre recordaré el día que, tras acompañar un parto de una mujer que parió un bebé de 4 kilos sin episiotomía y con periné íntegro, me dijo: "ya eres una matrona", una frase que se me quedó grabada porque aún me quedaban varios meses para terminar la residencia. Por esto y otros muchos detalles siempre la llevaré en el corazón.

Dedico este premio a todas mis compañeras matronas, que me han acompañado durante tantos años, y especialmente a mis queridas Erena Bañuelos Chacón e Isabel Rodríguez Serrano. Y también a mis doctorandas/o matronas Rosario Martín Alcaide, Amparo Lujano Arenas y Antonio Quintero López que espero pronto se incorporen al cada vez más numeroso grupo de matronas doctoras. Por extensión a todas las matronas del mundo en este Año Internacional de la matrona y la enfermera que tan complicado está resultando.

Bibliografía

1. Peset Reig JL. Historia de la Ciencia y de la Técnica en la Corona de Castilla. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2002.
2. Carrillo J. La Medicina en el siglo XVIII: el desarrollo de la cirugía y de las especialidades quirúrgicas. Hist Cienc Tecn. 1992; 30:44-9.
3. Ruiz-Berdún D. La primera enseñanza reglada de las matronas en España: el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. Llull. 2013; 36(78):387-410.
4. Martínez Molina A. La profesión de la matrona según el Tratado de Damià Carbó (siglo XVI). Valencia: Fundación de Enfermería Internacional; 1994.
5. Plan de estudios médicos de 10 de octubre de 1843. Gaceta de Madrid, nº 3309, (suplemento, 11-10-1843).
6. Albarracín Teulón A. La Facultad de Medicina de Madrid (1843-1967). En: Danón Bretos J (ed.). La enseñanza de la Medicina en la universidad española: Fundación Uriach 1838; 1998. p. 31-54.
7. Flecha García C. Las primeras universitarias en España: 1872-1910. Madrid: Narcea; 1996.
8. Barrerero Fernández XR. La transición a la Universidad liberal. Historia de la Universidad de Santiago de Compostela. El siglo XIX. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; 2003. p. 217-322.
9. Real Decreto, de 17 de septiembre de 1845, aprobando el plan general de estudios para la instrucción pública del reino en la parte relativa á las enseñanzas secundaria y superior. Gaceta de Madrid, nº 4029, (25-09-1845).
10. Expediente de Josefa Golfín Beltri. Sign.: AHN, UNIVERSIDADES, leg. 1208, exp. 108.
11. Expediente de M^a Antonia Iribarren Arce. Sign.: AHN, UNIVERSIDADES, leg. 1216, exp. 1.
12. Índice de Licenciados, doctores y demás graduados en la Universidad Central (1845-1851). AGUCM, AH-0343.
13. Expediente de Martina Olaechea Aldumenin. Sign.: AHN, UNIVERSIDADES, leg. 1234, exp. 2.
14. Sánchez Álvarez J. El Protomedicato Navarro y las cofradías sanitarias de San Cosme y San Damián: el control social de las profesiones sanitarias en Navarra (1496-1829). Pamplona: Departamento de Salud; 2010.
15. Libro de Registro para el grado de licenciado en Cirugía, cirujanos de 2^a y 3^a clase, sangradores, herbolarios y comadronas. Sign.: AGUCM, AH-0328.
16. Ley, de 9 de septiembre de 1857, de Instrucción pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península é Islas adyacentes, lo que se cita. Gaceta de Madrid, nº 1710, (10-09-1857).
17. Real orden, de 21 de noviembre de 1861, aprobando el reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas. Gaceta de Madrid, nº 332, (28-11-1861).
18. Viñao Frago A. Del analfabetismo a la alfabetización. Análisis de una mutación antropológica e historiográfica. Hist Educ. 1985; 3:209-26.
19. Documentación de Secretaría de la Universidad Central. Sign.: AGUCM, P-0031.
20. Asuntos de la Facultad de Medicina. Sign.: AGA, (05) 32/16397.
21. Real orden, de 7 de marzo de 1863, relativa á la admisión á examen de reválida de Matronas en la forma que se expresa. Gaceta de Madrid, nº 72, (13-03-1863).
22. Expediente de alumna de la Universidad Central de Valentina Abellán de Quirós. Sign.: AHN, UNIVERSIDADES, leg. 1262, exp. 14.
23. Garrido González E. Historia de las mujeres en España. Madrid: Síntesis; 1997.
24. Scanlon G. La mujer y la instrucción pública: de la ley Moyano a la II República. En: Historia de la educación. Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca; 1996. p. 193-207.
25. Exámenes de acceso a la carrera de matrona en la Escuela Normal Central de maestras. Sign.: AGUCM, caja 66.00.24.
26. Iracheta y Arguiñarena F. Examen de Matronas conforme hoy

- son y conforme deben ser. Madrid: Imprenta médica de la viuda e hijos de Álvarez; 1870.
27. Álvarez Ricart MC. Otras profesiones y ocupaciones sanitarias. En: La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX. Barcelona: Anthropos; 1988. p. 171-209.
 28. Bernal Borrego E, Calero-Delgado ML. La implantación de la enseñanza de matronas en la Universidad de Sevilla (1861). ARENAL. 2016; 23(2):403-30.
 29. Creación de una Casa de Maternidad. La Época. 13 de mayo de 1853; portada:1.
 30. Real orden, de 12 de agosto de 1864, prohibiendo que las Casas de Maternidad del reino sirvan de escuela práctica para la enseñanza de matronas. Gaceta de Madrid, nº 262 (18-09-1864).
 31. Méndez Álvaro F. Defensa de la clase médica contra las pretensiones de cirujanos y practicantes. Examen crítico de la proposición de ley que los señores diputados Herrera y Ortiz de Zárate han presentado al Congreso, empeñados en realizar la prevaricada metamorfosis de los Cirujanos en Médicos, y de los Ministrantes y Practicantes en lo mismo. Madrid: Establecimiento Tipográfico T. Fortanet; 1866.
 32. Secretaría General de la Universidad Central. Queda abierto el plazo de matrícula para el curso 1866 á 1867, correspondiente á las asignaturas de las Facultades que se mencionan. Gaceta de Madrid, nº 244, (01-09-1866).
 33. Real Decreto, de 7 de noviembre de 1866, reformando los estudios de las Facultades de Medicina y Farmacia. Gaceta de Madrid, nº 312, (08-11-1866).
 34. Ortiz Gómez T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. ARENAL. 1999; 6(1):55-79.
 35. Decreto, de 21 de octubre de 1868, declarando libre la enseñanza y derogando los decretos relativos á instrucción pública que se cita. Gaceta de Madrid, nº (22-10-1868).
 36. Orden, de 1 de marzo de 1940, estableciendo en la Casa de Salud de Santa Cristina los estudios oficiales para la obtención del título de Matrona. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 70, (10-03-1940).
 37. Decreto, de 18 de enero de 1957, por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 43, (12-02-1957).
 38. Ruiz-Berdún D. Pilar Primo de Rivera y la reorganización de las carreras auxiliares sanitarias tras la Guerra Cívil. En: González Bueno A., Baratas Díaz A., editores. La tutela imperfecta: biología y farmacia en la España del primer franquismo; 2013. p. 81-100.
 39. Rich A. Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Madrid: Cátedra; 1996.
 40. González Canalejo C. Las Cuidadoras. Historia de las practicantas, matronas y enfermeras (1857-1936). Almería: Instituto de Estudios Almerienses; 2006.

Terapia de reproducción asistida (TRA), ¿factor de riesgo independiente de parto distócico?

¹ Claudia Álvarez Albardías
² Claudia Carballo García
³ Davinia Govea Sánchez
⁴ Armando Aguirre-Jaime

¹ Enfermera especialista en obstetricia-ginecología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. Hospital Universitario El Bierzo (León).

² Enfermera especialista en obstetricia-ginecología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

³ Enfermera especialista en obstetricia-ginecología. Matrona de área (Madrid). Diplomada en fisioterapia por el Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

⁴ Enfermero. Servicio de Investigación en Cuidados del Iltre. Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife. Unidad Docente de Medicina de Familia y Enfermería Comunitaria. Hospital Universitario de Canarias. Departamento de Salud Pública. Universidad Europea de Canarias Miembro de Laureate International Universities. Tenerife.

E-mail: albardias13@hotmail.es

Fecha de recepción: 25 de junio de 2020.

Fecha de aceptación: 8 de julio de 2020.

Cómo citar este artículo:

Álvarez Albardías C, Carballo García, C, Govea Sánchez D, Aguirre-Jaime A. Terapia de reproducción asistida (TRA), ¿factor de riesgo independiente de parto distócico?. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):20-7.

Resumen

Introducción: se describe la asociación del empleo de técnicas de reproducción asistida (TRA) con partos distócicos.

Objetivos: distinguir si las TRA son un factor de riesgo para el parto distócico.

Material y métodos: estudio retrospectivo que compara las TRA y los factores asociados a partos distócicos entre nacimientos distócicos y eutócicos. Los factores con diferencia se someten a un análisis multivariable y se explora la asociación de cada factor de riesgo a la distocia con TRA.

Resultados: la frecuencia de los partos distócicos asociados con TRA es del 66% ($p < 0,001$). El modelo multivalente no retiene las TRA como factor predictivo de parto distócico. El uso de TRA está asociado con factores de riesgo para el parto distócico, como la edad materna [39 (5) vs. 31 (6) años, $p < 0,001$], edad gestacional [38 (3) vs. 40 (2) semanas, $p = 0,002$], nuliparidad [80% vs. 67%, $p = 0,032$], embarazo múltiple [23% vs. 1%, $p < 0,001$], inducción del parto [66% vs. 47%, $p = 0,004$], hipertensión [20% vs. 9%, $p = 0,008$] y parto prolongado [17% vs. 9%, $p = 0,036$].

Discusión: la asociación de TRA y parto distócico se diluye con la presencia de otros factores de riesgo conocidos que convergen con el uso de TRA.

Conclusiones: es necesario informar a las usuarias de TRA de los diversos factores que confluyen durante el embarazo, parto y postparto, reiterando que esta técnica no aumenta la posibilidad de un parto distócico. En definitiva, estos embarazos son de riesgo, no por la TRA propiamente, sino por factores de riesgo que converjan en estas mujeres. Entender, acompañar e informar a estas mujeres, especialmente sensibles por el costo de un embarazo no espontáneo, es también labor específica de la matrona por el conocimiento y especificidad de sus competencias en salud de la mujer.

Palabras clave: técnicas de reproducción asistida; factores de riesgo parto distócico; infertilidad; resultados obstétricos; matrona.

Abstract

Assisted Reproductive Therapy (ART), an independent risk factor for dystocic delivery?

Introduction: a description of the association between the use of Assisted Reproductive Techniques (ARTs) and dystocic deliveries.

Objectives: To determine whether ARTs are a risk factor for dystocic delivery.

Material and methods: a retrospective study comparing ARTs and the factors associated with dystocic deliveries between dystocic and eutocic childbirths. The factors with difference were submitted to multivariate analysis, and the association between each risk factor for dystocia with ART was explored.

Results: the frequency of dystocic deliveries associated with ART is 66% ($p < 0.001$). The multivalent model does not retain ART as predictive factor for dystocic delivery. The use of ART is associated with risk factors for dystocic delivery, such as maternal age [39 (5) vs. 31 (6) years, $p < 0.001$], gestational age [38 (3) vs. 40 (2) weeks, $p = 0.002$], nulliparity [80% vs. 67%, $p = 0.032$], multiple pregnancy [23% vs. 1%, $p < 0.001$], labor induction [66% vs. 47%, $p = 0.004$], hypertension [20% vs. 9%, $p = 0.008$] and prolonged delivery [17% vs. 9%, $p = 0.036$].

Discussion: the association between ART and dystocic delivery gets diluted with the presence of other known risk factors which converge with the use of ART.

Conclusions: it is necessary to inform ART users of the various factors that come together during pregnancy, childbirth and postpartum, reiterating that this technique does not increase the possibility of dystocic labor. Ultimately, these are risk pregnancies, not by ART as such, but due to risk factors that might converge in these women. To understand, accompany and inform these women, who are particularly sensitive due to the cost of a non-spontaneous pregnancy, is also the specific task of the midwife, due to their knowledge and specific skills in terms of female health.

Key words: assisted reproductive techniques; dystocic delivery risk factors; infertility; obstetric results; midwife.

Introducción

Se define como estéril a la pareja que no consigue un embarazo tras un año de relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo, aunque otras definiciones extienden ese plazo a dos años. Su origen puede estar en la mujer (70%), en el hombre (25%), ser mixto o de origen desconocido¹. Ante esta situación se recurre a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Las TRA también son requeridas por parejas homosexuales y mujeres que desean una gestación sin pareja masculina^{2,3}. El primer nacimiento por TRA fue logrado en Francia en 1838¹. Actualmente las TRA incluyen procedimientos como la fecundación *in vitro*, la inseminación artificial homóloga o con semen de donante, donación y transferencia de embriones, transferencia intratubárica de gametos, cigotos y embriones, criopreservación y microinyección intracitoplásmica de espermatozoides¹.

En Europa, durante el año 2014 se realizaron 707.171 ciclos de TRA y se registraron 146.232 nacimientos por esta vía⁴, siendo España uno de los países más importantes en lo que a técnicas de reproducción asistida se refiere con 30.000 ciclos de inseminación, 45.000 ciclos de fecundación *in vitro* y con un incremento significativo en los tratamientos que requieren donante de semen^{2,3}. Más concretamente, en las Islas Canarias, se han realizado un total de 4.133 ciclos en 2015 según el Registro Nacional de Actividad 2015-Registro SEF⁵. En la Unidad de Reproducción Humana del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Tenerife), se han ejecutado 1.389 técnicas de fecundación entre el año 2016 y 2017⁶.

Las TRA son objeto de debate ético, económico, político y social. Se las relaciona con un incremento de morbilidad perinatal y materno-infantil¹. Se ha contemplado la posibilidad de que estas complicaciones aparezcan por someter un organismo a un embarazo cuando de manera fisiológica y espontánea no lo ha conseguido⁷⁻⁹. También se ha descrito la relación de TRA durante la gestación con una mayor incidencia de amenaza de aborto, diabetes gestacional, hipertensión, anomalías placentarias, gestaciones gemelares, rotura prematura de membrana, partos prolongados o prematuros, por cesáreas o instrumentados^{1,7,9} y en el puerperio con la aparición de estrés en las mujeres y sus parejas, con pérdida de autoestima, desconfianza, inseguridad, desesperanza, ansiedad, problemas de salud, e incluso dificultades en la transición a la paternidad, ocasionando una mayor morbilidad perinatal^{1,10}. En el recién nacido se ha hallado asociación de las TRA con una mayor prematuridad, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas⁷. Por otra parte, es conocido que un parto distócico se relaciona con multitud de factores de riesgo, que en muchas ocasiones están asociados a las mujeres que se someten a una TRA¹¹.

El presente estudio parte de la hipótesis de que las TRA son un factor de riesgo independiente de otros condicionantes para un parto distócico. En concordancia con esta hipótesis, el objetivo del estudio es estimar el riesgo para un parto dis-

tócico asociado a TRA ajustado por otros factores predictores de parto distócico, conocidos e independientes a las TRA.

Métodos

El estudio parte de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scencedirect, Dialnet, Clinical key, Elsevier, Pubmed, Cochrane Plus, Medicine, Schinal Database, CINAHL, Cuiden y Scielo con dos vertientes; I-TRA y sus efectos adversos y II-Factores de riesgo predisponentes para un parto distócico, publicados entre 2012-2017 considerando algunos protocolos y definiciones que son anteriores a dicho periodo, pero que mantienen su vigencia, sin restricciones idiomáticas. Con la información obtenida se realiza un listado de todos los factores a ser considerados en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Humanos de Santa Cruz de Tenerife y sigue un diseño de tipo descriptivo comparativo, con todas las mujeres que se someten a una TRA como población diana y con población de estudio en las mujeres que dieron a luz en el paritorio del Hospital Universitario NS de Candelaria de Tenerife (hospital de tercer nivel que cubre a una población de 478.000 habitantes), y que cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Los criterios de inclusión fueron: cualquier mujer que haya dado a luz en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria a un recién nacido vivo entre junio de 2017 y febrero de 2018. Los criterios de exclusión fueron: éxitus fetal intrauterino, entendido como ausencia de signos de vitalidad fetal a partir de las 22 semanas de gestación, o ante un feto de más de 500 gramos si se desconoce la edad gestacional, y la cesárea electiva, al no permitir el parto eutócico.

Las fuentes de datos empleadas fueron: la historia clínica materna y la historia clínica del recién nacido, en formato papel o informático del sistema de gestión de historias clínicas disponible en los servicios de paritorio y Unidad de Hospitalización Obstétrica del hospital. De las historias de las mujeres seleccionadas, se extrajeron los siguientes datos: tipo de parto (vaginal con o sin instrumentación y cesárea) como variable de efecto, y gestación con TRA o sin ella como variable de exposición. Como factores predictores independientes a la TRA de un parto distócico se consideraron: la edad de la madre (medida en años)¹², edad gestacional al parto (medida en semanas)¹³, índice de masa corporal previo a la gestación en su forma continua y con punto de corte en $> 25 \text{ kg/m}^2$ como valor de riesgo¹⁴, tensión arterial alta durante la gestación ($> 140/90 \text{ mmHg}$)¹⁵, anemia ($\text{HbA1} < 11 \text{ mg/dl}$ en el 3^{er} trimestre)¹⁶, diabetes gestacional detectada por prueba positiva de sobrecarga oral de glucosa precedida o no por un test de O'Sullivan patológico¹⁷, macrosomía o recién nacido con más de 4 kg de peso¹⁸, embarazo múltiple¹⁹, paridad²⁰, inducción del parto mediante fármacos^{13,21}, fiebre intraparto ($T \geq 38 \text{ }^\circ\text{C}$)²², empleo de analgesia epidural^{23,24}, parto prolongado

(> 18 horas desde el comienzo del trabajo)^{21-23,25} y líquido amniótico meconial turbio²⁶.

La muestra de participantes en el estudio se selecciona de manera aleatoria entre partos procedentes de embarazos espontáneos y conseguidos por TRA, siguiendo el criterio de Hosmer-Lemeshov de adecuación en el empleo de modelos de regresión logística para estimar su tamaño, dado que el análisis principal del estudio emplea esa técnica de análisis. Como en el estudio se incluyen 16 variables se requieren 170 partos distócicos y un número al menos igual de partos eutócicos.

Las características de la muestra se presentan resumiendo las variables nominales con la frecuencia relativa de sus categorías y las de escalas normales con media (DT) comprobada su distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

La comparación de los factores con asociación, postulada o conocida, con los partos distócicos, por una parte, y de asociación conocida con la distocia con el empleo de TRA por la otra, se lleva a cabo entre ambos tipos de partos en el primer caso y entre uso o no de las TRA en el segundo, empleando la prueba χ^2 de Pearson para las variables nominales y t de Student para las de escala. Los factores que alcancen una significación estadística $p \leq 0,10$ en estas comparaciones entran como potenciales factores explicativos en un modelo de regresión logística binaria con el tipo de parto como efecto, para ajustar la razón de prevalencia (Odds ratio) de la gestación por TRA a parto distócico por el resto de factores asociados a él. El modelo emplea como estrategia de ajuste el criterio de Wald por pasos hacia atrás con $p \leq 0,05$ en ambos sentidos.

El procesamiento de datos se realiza con el paquete estadístico SPSS® 24.0 de IBM Co™. Las pruebas estadísticas de contraste de hipótesis son todas bilaterales a un nivel de significación de $p \leq 0,05$, excepto en la preselección de los factores para el modelo de regresión.

Resultados

La muestra quedó conformada por 400 expedientes de mujeres con parto finalizado con recién nacido vivo. Estas mujeres presentan una edad de 33(6) años en el rango 16-49 años, un IMC de 26(5) kg/m², 277 de ellas (69%) nulíparas, la edad gestacional media fue de 39(3) semanas, 19 mujeres (5%) presentaron embarazos múltiples, 44 embarazadas (11%) cursaron con hipertensión previa o asociada a la gestación, 33 (8%) presentaron diabetes gestacional y 56 (14%) anemia.

Respecto al trabajo de parto, a 201 (50%) se les induce, a 322 (81%) se les puso analgesia epidural, 39 (10%) sufrieron fiebre intraparto, 84 (21%) presentaron líquido amniótico teñido y 41 mujeres (10%) sufrieron un parto prolongado. Respecto al recién nacido, 27 (7%) fueron macrosómicos. Las mujeres que se sometieron a una TRA fueron 70 (18%) y respecto al tipo de parto, 180 (45%) fueron distócicos.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de la comparación de todos los factores con asociación conocida a parto distócico, incluyendo la TRA con asociación postulada, entre partos eutócicos y distócicos.

Al obtenerse en las comparaciones entre partos distócicos y eutócicos significación estadística para el nivel preestablecido de 0,10 en edad, nuliparidad, embarazo múltiple, inducción del parto, hipertensión arterial, anemia, epidural analgésica, parto prolongado, líquido amniótico teñido y feto macrosómico, en el sentido de su mayor valor o frecuencia asociada al parto distócico, se introducen estas variables para el ajuste de la asociación de las TRA con el parto distócico que, como se aprecia en la Tabla 1, también alcanza la significación estadística para su mayor frecuencia en partos distócicos en un modelo de regresión logística binaria con el tipo de parto como efecto. Los resultados del ajuste de este modelo se ofrecen en la Tabla 2. Como se observa en la Tabla 2 el modelo de regresión no retiene a las TRA como asociadas al parto distócico.

Este resultado apunta a que no son las TRA las que condicionan el parto distócico, como parecía indicar el resultado de las comparaciones simples, sino la convergencia en las mujeres sometidas a TRA de factores predictivos conocidos de la distocia. Los resultados de la comparación entre mujeres con y sin TRA de los factores con asociación conocida al parto distócico se muestran en la Tabla 3.

Discusión

A la luz de los resultados obtenidos, la hipótesis de partida del estudio de que las TRA aumentan el riesgo para un parto distócico, tiene que ser rechazada; apoyando la tesis de que una mujer que se somete a una TRA no tiene mayor probabilidad de padecer un parto instrumentalizado o mediante cesárea por el hecho mismo de la TRA, sino debido a la concomitancia en ella de factores de riesgo a un parto distócico ajenos a la TRA.

Las características de las mujeres de la muestra del presente estudio son muy similares a las descritas por la mayoría de autores de investigaciones sobre embarazo, riesgos a partos distócicos y empleo de TRA en la gestación, lo que permite establecer que esta muestra no es anómala y pudiera ser representativa del conjunto de mujeres embarazadas y que se someten a las técnicas de reproducción asistida como población diana de los resultados.

Algunos de los factores predisponentes para un parto distócico son anteparto, como la edad, la paridad de la mujer gestante, el número de fetos²⁷ y el IMC. En cuanto a la edad y la paridad en el presente estudio se verifica que existe mayor riesgo de distocia con el aumento de edad y en las mujeres nulíparas este riesgo se ve aumentado casi al doble²⁸. Más de la mitad de las mujeres nulíparas de este estudio tuvieron un parto

Tabla 1. Resultados de la comparación de gestaciones con ayuda de técnicas de reproducción asistida y factores con conocida asociación al parto distócico entre partos eutócicos y distócicos en el estudio de asociación entre TRA y distocia

Factor considerado	Tipo de parto		p-valor
	Distócico	Eutócico	
Técnicas reproducción asistida ^a	46(66)	24(34)	< 0,001
Edad (años cumplidos) ^b	34(6)	31(6)	< 0,001
Nuliparidad ^a	152(55)	125(45)	< 0,001
Índice de masa corporal (kg/m ²) ^a	26(5)	26(5)	0,752
> 25 kg/m ² ^b	87(44)	110(56)	0,740
Hipertensión arterial ^a	30(68)	14(32)	0,001
Edad gestacional (semanas) ^b	39(2)	39(2)	0,853
Embarazo múltiple ^a	18(95)	1(5)	< 0,001
Feto macrosómico ^a	17(63)	10(37)	0,047
Diabetes gestacional ^a	17(52)	16(49)	0,432
Anemia ^a	31(55)	25(45)	0,083
Líquido amniótico turbio ^a	47(56)	37(44)	0,023
Fiebre intraparto ^a	21(56)	18(46)	0,242
Epidural analgésica ^a	168(52)	154(48)	0,021
Parto prolongado ^a	34(83)	7(17)	< 0,001
Parto inducido ^a	125(62)	76(38)	< 0,001

^a Frecuencia (% respecto al factor) comparadas con la prueba Chi cuadrado de Pearson o exacta de Fisher
^b Media (DE) comparadas con la prueba t de Student para grupos independientes

Tabla 2. Resultados del ajuste del modelo de regresión logística con parto distócico como efecto y TRA como su posible factor predictor ajustado por otras variables con relación conocida con el parto distócico*

Por	Aumenta la posibilidad de parto distócico en: veces (IC95%)	p-valor
Un embarazo múltiple	20,44 (2,54-64,44)	0,005
La nuliparidad	4,50 (2,54-7,92)	< 0,001
Un parto prolongado	4,01 (1,61-10,02)	0,003
La inducción del parto	3,53 (2,18- 5,70)	< 0,001
Feto macrosómico	3,44 (1,26-9,45)	0,017
Cada año más de edad	1,10 (1,05-1,14)	< 0,001

* El modelo converge a las cinco iteraciones y no retiene a TRA

Tabla 3. Resultados de la comparación de factores predictivos de distocia conocidos entre el empleo o no de TRA en la gestación

Factor considerado	Empleo de Técnicas de Reproducción Asistida en la gestación		p-valor
	Sí	No	
Edad (años cumplidos) ^a	39(5)	31(6)	< 0,001
Nuliparidad ^b	56(80)	221(67)	0,032
Índice de masa corporal (kg/m ²) ^a	26(5)	26(5)	0,752
> 25 kg/m ² ^b	87(44)	110(56)	0,740
Hipertensión arterial ^b	14(20)	30(9)	0,008
Embarazo múltiple ^b	16(23)	3(1)	< 0,001
Feto macrosómico ^b	7(10)	20(7)	0,290
Edad gestacional (semanas) ^a	38(3)	40(2)	0,002
Diabetes gestacional ^b	6(9)	27(8)	0,914
Anemia ^b	13(19)	43(13)	0,225
Fiebre intraparto ^b	6(9)	33(10)	0,714
Líquido amniótico turbio ^b	18(26)	66(20)	0,286
Epidural analgésica ^b	56(80)	266(81)	0,907
Parto prolongado ^b	12(17)	29(9)	0,036
Parto inducido ^b	46(66)	155(47)	0,004

^a Media (DE) comparadas con la prueba t de Student para grupos independientes
^b Frecuencia (% respecto al grupo) comparadas con la prueba Chi cuadrado de Pearson o exacta de Fisher

distócico. Por otro lado, que la gestación sea múltiple también se asocia a un mayor riesgo a parto distócico¹⁹, relación que se confirma en este trabajo con un aumento de veinte veces la posibilidad de distocia entre partos múltiples. Respecto al IMC previo a la gestación, se ha establecido que está íntimamente relacionado con algunas complicaciones que aparecen durante el embarazo, como los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional cuando se supera el normopeso, relación que se da en la mayoría de mujeres en el presente estudio para lo primero y en más de la mitad para lo segundo²⁵. Sin embargo, en este estudio, el IMC no aparece como un predictor independiente del parto distócico, debido posiblemente a las características singulares de las mujeres canarias afectadas por un exceso de peso, incluso respecto a la epidemia de obesidad que afecta a España²⁹.

Comparando de manera aislada los trastornos hipertensivos, la anemia y la diabetes gestacional como factores de riesgo a la distocia, los presentes resultados respecto a la hipertensión

conducen con los de otros estudios¹⁵, no lo hacen en el caso de la anemia¹⁶, y en cuanto a la diabetes gestacional se obtiene el mismo resultado en un estudio similar¹⁷. La falta de asociación entre anemia y distocia observada en este trabajo podría tener su explicación en el hecho de que las mujeres de la muestra empleada estaban sometidas a un control de embarazo, cuyo protocolo incluía la administración de suplemento de hierro cuando se detectaba un nivel de hemoglobina por debajo de los 11 mg/dl, con lo que la probabilidad de llegar con anemia al parto resulta muy baja.

Considerando ahora los factores predisponentes intraparto: el líquido amniótico teñido²⁶, la inducción del parto^{13,21}, la fiebre intraparto²², el parto prolongado³⁰ y el empleo de analgesia epidural^{23,24}, se ha establecido que en partos con presencia de líquido meconial aumenta en dos veces y media más la posibilidad de cesárea que cuando este líquido es claro²⁶. En cuanto a la relación de la inducción del parto con la distocia se ha descrito que aumenta su riesgo quince veces²².

En los resultados obtenidos en este estudio se observa que se produce una cesárea o parto instrumental en más de la mitad de los partos en los que el líquido amniótico está teñido o el parto ha sido inducido. En relación a la fiebre intraparto se ha asociado al doble de partos instrumentales y el triple de cesáreas²², extremo que no coincide con los resultados de este estudio, en los que no se encuentra asociación entre fiebre intraparto y parto distócico. Tal discordancia se debe posiblemente a la administración inmediata de antipiréticos tan pronto se detecta una temperatura corporal intraparto por encima de los 38 °C, con la agregación de antibioterapia si aparecen criterios de infección, según el protocolo empleado en el paritorio del hospital donde se realiza el estudio. El parto prolongado produce distocia en ocho de cada diez casos, concordando con los resultados de otros estudios²⁰. Respecto al empleo de la analgesia epidural durante el trabajo de parto, se observa un exceso de partos distócicos asociado a su uso, lo que concuerda con lo descrito en la literatura²⁴.

Diversos estudios apuntan a la macrosomía como factor de riesgo para partos distócicos cuatro veces más¹⁷. En los resultados la macrosomía triplica el riesgo de parto distócico.

Al indagar sobre la posible concomitancia de otros factores de riesgo a parto distócico que pudieran estar convergiendo en las mujeres que emplean las TRA y explicar el desvanecimiento de la relación entre TRA y distocia en el análisis multivariable, se comprueba que el perfil de una mujer que ha empleado las TRA para lograr su gestación es, respecto a la que no lo ha requerido, el de ser de mayor edad³⁰, nulípara e hipertensa. Respecto a este perfil, algunos estudios han señalado una relación entre el empleo de las TRA y la hipertensión⁸, extremo que se confirma en el presente estudio. Atendiendo a los resultados de gestación y parto, las mujeres sometidas a TRA presentan más embarazos múltiples, menor edad gestacional y mayor frecuencia de partos prolongados e inducidos que las mujeres con gestación espontánea. No se halla relación en cuanto a mayor prevalencia de anemia y aparición de diabetes gestacional, a diferencia de lo que concluyen otros estudios⁸.

Limitaciones

La primera es no haber considerado el motivo por el cual la mujer se ha sometido a una TRA, pudiendo ser este un factor de riesgo para un parto distócico si se tratase de un antecedente obstétrico desfavorable, pudiendo derivar en complicaciones durante la gestación y el parto. Esta limitación no atenta contra los resultados del estudio, cuyo objetivo es determinar la asociación entre distocia y empleo de TRA de forma independiente a otros factores conocidos de riesgo concomitantes en las mujeres que las emplean. Confirmado que no es la TRA, sino esos factores concomitantes los que se relacionan con la distocia, el añadir los motivos de empleo de la TRA, motivos que también pudieran asociarse a la distocia, no cambiaría el resultado obtenido. La segunda limitación es

la propia de los estudios de casos-controles, por su diseño retrospectivo, en los que no toda la información requerida se haya disponible en los registros médicos, como el motivo por el cual la mujer se ha sometido a una TRA señalado como primera limitación. No obstante, la gran mayoría de los factores relacionados con un parto distócico necesarios para el estudio sí se hallaron en estos registros.

Fortalezas

Operar con una muestra de mujeres gestantes muy similar a la descrita por la mayoría de estudios sobre partos distócicos y gestación por TRA. Esto confiere al estudio la posibilidad de extrapolar sus resultados a una población diana conformada por mujeres gestantes y empleo de TRA.

Conclusión

Frente a la evidencia descrita se concluye que el empleo de TRA en la gestación no es un factor de riesgo independiente para un parto distócico. El hecho de que en las mujeres que se someten a estas técnicas coincidan una serie de factores de riesgo para un parto distócico puede ser la verdadera causa de la aparente asociación observada. Esto lleva a reflexionar acerca de la necesidad de considerar a estas mujeres de manera individual y holística, teniendo en cuenta todas sus características personales, valorando que en determinadas ocasiones se les debe, incluso por protocolo, etiquetar como de gestación y parto de riesgo. Como mensaje central de los resultados de este estudio manifestamos que las técnicas de reproducción asistida, por sí solas, no aumentan la probabilidad de parto por cesárea o instrumentado; un mensaje para las mujeres que no logrando la gestación espontánea, pueden someterse a las TRA con tranquilidad y seguridad, dado que estas, por sí mismas, no provocan un parto complicado. Por otra parte, nadie pone en duda el costo emocional, físico (e incluso, en las ocasiones que no es sufragado por el SNS, el costo económico) lo que infunde de temor sobreañadido a estas mujeres durante el proceso hasta la consecución de embarazo, durante el desarrollo del mismo y el parto. Entender, acompañar e informar a estas mujeres especialmente sensibles a lo largo de estos procesos previos al parto es también labor específica de la matrona por el conocimiento y especificidad de sus competencias en salud de la mujer, lo que, entendemos que debiera traducirse en la integración de matronas en los equipos de reproducción asistida.

Se requieren más estudios, sobre todo de tipo prospectivo y larga duración, del estilo seguimiento de cohortes numerosas para confirmar, en caso de la replicación de los resultados, los del presente estudio de una manera firme, y poder apoyar los extremos aquí expuestos sobre una mayor fiabilidad.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

En primer lugar nos gustaría agradecer al Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (Tenerife) por permitirnos llevar a cabo este estudio. En segundo lugar, a todas las mujeres que han hecho posible su desarrollo, nuestra más sincera gratitud.

Bibliografía

- Younger M, Hollins-Martin C, Choucri L. Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery* [internet] 2014 [citado 16 ago 2020]; (31):265-70. Disponible en: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00176-4/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00176-4/pdf)
- Alkorta I. La regulación de la reproducción asistida: evolución y tendencias actuales en el mundo. Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual [internet]. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Justicia; 2015 [citado 16 ago 2020]; 67-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202714>
- Brassesco-Julio C, Lardizábal MN, Regincós-Lara M, Cairó-Doncos O, Prats-Ruiz L, et al. Nuevas demandas sociales en tratamientos de reproducción asistida. *MEDRE* [internet] 2015 [citado 16 ago 2020]; 2(1):17-22. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2340932015000079>
- Efe.com. España lidera la reproducción asistida europea con casi 110.000 ciclos en un año. *efe.com* [internet] 2017 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/espana-lidera-la-reproduccion-asistida-europea-con-casi-110-000-ciclos-en-un-ano/10004-3315701#>
- Sociedad Española de Fertilidad. Registro Nacional de Actividad 2015-Registro SEF [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2015 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: http://www.cnrha.msbs.gob.es/registros/pdf/Informe_Globa_Registro_actividad_2015.pdf
- Memoria 2017 del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias [sede web]. Santa Cruz de Tenerife: 3.gobiernodecanarias.org; 2017 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2017/gestion/GINECOLOGIA_OBSTETRICIA.html
- Luke B, Stem JE, Kotelchuck M, Declerq ER, Cohen B, Diop H. Birth Outcomes by Infertility Diagnosis: Analyses of the Massachusetts Outcomes Study of Assisted Reproductive Technologies (MOSART). *J Reprod Med* [internet] 2015 [citado 16 ago 2020]; 60(0):480-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734384/>
- Martin AS, Monsour M, Kissin DM, Jamieson DJ, Callaghan WM, Boulet SL. Trends in Severe Maternal Morbidity After Assisted Reproductive Technology in the United States. 2008-2012. *Obstet Gynecol* [internet] 2016 [citado 16 ago 2020]; 127(1):59-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26646124>
- Qin J, Wang H, Sheng X, Liang D, Tan H, et al. Pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in multiple pregnancies resulting from assisted reproductive technology: A meta-analysis of cohort studies. *Fertility and Sterility* [internet] 2015 [citado 16 ago 2020]; 103(6):1492-508. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001502821500223X>
- Zhao J, Xu B, Zhang Q, Li YP. Which one has a better obstetric and perinatal outcome in singleton pregnancy. IVF/ICSI or FET: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biol Endocrinol* [internet] 2016 [citado 16 ago 2020]; 14(1):51-67. Disponible en: <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12958-016-0188-3>
- Sibón-Sancho GM, Fuentes-Peñaranda Y. Impacto del tratamiento de fertilidad en la calidad de vida relacionada con la salud en personas con disfunción reproductiva que reciben técnicas de reproducción asistida. *MEDRE* 2016; 3(2):65-74. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medre.2016.04.002>
- Romero-González B, González-Pérez R, Coca-Arco S, Peralta-Ramírez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms prior to instrumental deliveries. *Midwifery* 2019; 77:45-52. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.015>
- Hernández Martínez A, Pascual Pedreño AI, Garnés Baño AB. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. *Rev. Esp. Salud Pública* [internet] 2014 [citado 16 ago 2020]; 88(3):383-93. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300008&lng=es&tlng=es
- Kawwass JF, Kulkarni AD, Hipp HS, Crawford S, Kissin DM, Jamieson DJ. Extremities of body mass index and their association with pregnancy outcomes in women undergoing in vitro fertilization in the United States. *Fertil Steril* [internet] 2016 diciembre [citado 16 ago 2020]; 106(7):1742-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27666564>
- Salazar Torres L, Gómez Hernández T, Béquer Mendoza L, Heredia Ruiz D, Fernández Caraballo D, Díaz Ruiz A. El bajo peso como consecuencia de la hipertensión inducida por el embarazo. Factores de riesgo. *Revista Sardá* [internet] 2014 [citado 16 ago 2020] 33(1):14-20. Disponible en: <https://www.re-dalyc.org/html/912/91230859003/>
- Drukker L, Hants Y, Farkash R, Ruchlemer R, Samueloff A, Gri-

- saru-Granovsky S. Iron deficiency anemia at admission for labor and delivery is associated with an increased risk for Cesarean section and adverse maternal and neonatal outcomes. *Journal AABB Transfusion* [internet] 2015 [citado 16 ago 2020]; 55(12):2799-806. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/trf.13252#accessDenialLayout>
17. Deltombe-Bodart S, Deruelle P, Drumez E, Cordiez S, Cateau-Jonard S, Garabedian C. Obstetrical and perinatal complications of twin pregnancies: is there a link with the type of infertility treatment? *AOGS* [internet] 2017 [citado 16 ago 2020]; 96(7):844-51. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13135>
 18. Jaurigue-Arestegui KC, Uría-Guerrero NM, Vargas-Huamantumba Y, Miranda-Soberón UE. Factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica. *Rev Med Panacea* 2014; 4(1):17-21.
 19. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo gemelar bicorial. *Prog Obstet Ginecol*. 2015; 1-14.
 20. García-Lausin L, Pérez-Botella M, Durán X, Rodríguez-Pradera S, Gutiérrez-Martí MJ, Escuriet R. Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery* 2019; 70:76-83. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.007>
 21. Dave MA, King J. Caesarean section following induction of labour in uncomplicated first births- a population-based cross-sectional analysis of 42.950 births. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet] 2016 [citado 16 ago 2020]; 16:92-109. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848820/pdf/12884_2016_Article_869.pdf
 22. Román MV, Lobato JL, Valladolid A, Fraca M, López M. La fiebre intraparto como factor predictivo de parto distócico y resultado neonatal adverso. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2015; 42(4):171-3. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2014.12.011>
 23. Espinilla-Sanz B, Tomé Blanco E, Sadornil Vicario ME, Albillos Alonso L. Farmacoterapia durante el proceso del parto. *Manual de obstetricia para matronas*. 2ª ed. Valladolid: DIFACIL; 2016. p. 291-304.
 24. Piedrahíta-Gutiérrez DN, España-Chamorro JA, Piedrahíta-Gutiérrez WE, López-Clavijo CA, Henao-Flórez RE. Resultados obstétrico e perinatal em pacientes com ou sem analgesia obstétrica durante o trabalho de parto. *Iatreia* 2016; 29(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n3a01>
 25. Suárez González JA, Preciado Guerrero R, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Marín Tápanes Y, Cairo González V. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [internet] 2013 [citado 16 ago 2020]; 39(1):3-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000100002&lng=es
 26. Ávila Rey R, Marroquín Villarreal JL, Herrera Pen M, Camacho Ramírez RI, Velázquez Quintana NI. Morbilidad neonatal asociada con el grado de tinción meconial del líquido amniótico. *Pediatría Mexico* [internet] 2013 [citado 16 ago 2020]; 15(2):38-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2013/pm132b.pdf>
 27. Jiménez Puñales S, Pentón Cortés RJ, Cairo González VM, Cabrebra Blanco, et al. Factores de riesgo maternos y fetales en recién nacidos con macrosomía. *Medicent Electrón* [internet] 2015 [citado 16 ago 2020]; 19(3):142-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2015/cmc153b.pdf>
 28. Ogawa K, Urayama KY, Tanigaki S, Sago H, Sato S, Saito S, et al. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet] 2017 [citado 16 ago 2020]; 10; 17(1):349-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29017467>
 29. INE.es. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. 2018 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://www.ine.es>
 30. IM Médico Hospitalario. Más del 50% de mujeres que recurren a la reproducción asistida supera los 40 años. *Publimas Digital* [internet] [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <https://www.im-medicohospitalario.es/noticia/10596/mas-del-50-de-mujeres-que-recurren-a-la-reproduccion-asistida-supera-los-40-anos>

Prevalencia y factores asociados de la lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo

¹ Patricia Hernández Alía
² Paula Caño Armenteros
³ Natalia Pino Pino

¹ Matrona. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). E-mail: phernandezalia@gmail.com

² Matrona. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

³ Matrona. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Fecha de recepción: 18 de enero de 2020.

Fecha de aceptación: 1 de junio de 2020.

Cómo citar este artículo:

Hernández Alía P, Caño Armenteros P, Pino Pino N. Prevalencia y factores asociados de la lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):28-35.

Resumen

Introducción: la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos debido a los múltiples beneficios que aporta. Existen diversos organismos internacionales que impulsaron la creación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia (IHAN) en España, para proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva (LME). La IHAN aconseja que al menos el 75% de los recién nacidos a término sean alimentados con LME desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria.

Objetivos: determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, y su relación con otros factores.

Método: estudio observacional, transversal y prospectivo para el objetivo principal, y para los objetivos secundarios un estudio analítico de casos y controles siguiendo un muestreo consecutivo no aleatorio durante un mes. Se estimó un tamaño muestral de 163 mujeres a las que se les realizó una encuesta anónima al alta hospitalaria.

Resultados: la tasa de LME al alta es del 39,3% (IC: 32,4-45,5). En cuanto a la relación entre la LME y los factores estudiados, solo se han obtenido resultados estadísticamente significativos respecto al tipo de parto.

Discusión/conclusión: la situación actual de la unidad se encuentra muy alejada de las recomendaciones internacionales, especialmente en las cesáreas, lo que supone una influencia negativa para la lactancia materna. Los resultados obtenidos pueden ser útiles para diseñar estrategias orientadas a un correcto apoyo y asesoramiento de lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva; mujer puérpera; asesoramiento; matrona.

Abstract

Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding at discharge at the Hospital Virgen de la Salud of Toledo

Introduction: breastfeeding is the best way to feed newborns due to the many benefits provided. Different international organizations have driven the creation of the Initiative for a more Human Birth and Lactation (IHAN) in Spain, in order to protect, promote and support exclusive breastfeeding (EBF). The IHAN recommends that at least 75% of term newborns should be fed with EBF from birth until hospital discharge.

Objectives: to determine the prevalence of exclusive breastfeeding at discharge from the Gynecology and Obstetrics Unit of the Hospital Virgen de la Salud of Toledo, and its relationship with other factors.

Method: an observational, cross-sectional and prospective study for the primary endpoint; and for secondary endpoints, an analytical case-control study following non-random consecutive sampling during one month. A sample size of 163 women was estimated, who completed an anonymous survey at hospital discharge.

Results: the EBF rate at discharge was 39.3% (CI: 32.4-45.5). Regarding the relationship between EBF and the factors studied, statistical significant results were only obtained in terms of type of delivery.

Discussion/Conclusion: the current situation of the unit is very far from international recommendations, particularly in terms of Cesarean deliveries, which represents a negative influence for breastfeeding. The results obtained can be useful in order to design strategies orientated to an adequate support and counseling for breastfeeding.

Key words: exclusive breastfeeding; post-partum woman; counseling; midwife.

Introducción

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos durante los primeros meses de vida, ya que se ha comprobado que confiere múltiples beneficios tanto a corto como a largo plazo para las madres y sus hijos. En cuanto al recién nacido, desde el punto de vista nutricional, favorece un adecuado crecimiento y desarrollo físico y cognitivo. En relación a los beneficios maternos, supone una mejor recuperación postparto y tiene un efecto protector en la salud, asegurando también el establecimiento de un buen vínculo afectivo madre-hijo y una adecuada relación de apego¹.

Por todo ello, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda "la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen"^{1,2}.

En el ámbito europeo, este apoyo se refleja en el documento "Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa: un plan estratégico para la acción"³, que incorpora intervenciones específicas para la mejora de las prácticas y tasas de lactancia, basándose en medidas relacionadas con la información, educación y comunicación hacia los padres, así como una formación continuada de los profesionales sanitarios.

En España, con la creación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia (IHAN), lanzada por la OMS y UNICEF, se anima a los hospitales, servicios de salud y en particular a las salas de maternidad, a poner en práctica los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" para proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento^{4,5}.

Según la OMS, la lactancia materna exclusiva se define como aquella en la que el recién nacido recibe solo leche materna, incluida la leche donada, y ningún otro líquido ni sólido a excepción de medicinas o vitaminas, pudiendo ser administrada por diferentes formas y no solo por succión al pecho⁶.

La IHAN aconseja que al menos el 75% de los recién nacidos a término sea alimentado con lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria⁷, excepto si existen razones clínicas que no lo hagan posible como bajo peso al nacimiento, hipoglucemia y deshidratación⁸. A pesar de los beneficios conocidos de la lactancia materna y del apoyo por parte de los profesionales e instituciones nombradas anteriormente, las tasas de lactancia materna exclusiva siguen siendo bajas. Concretamente en España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia materna adecuado. A día de hoy, los datos existentes proceden en su mayoría de encuestas realizadas en

el ámbito regional y de forma puntual por los profesionales sanitarios, lo que no permite una correcta valoración nacional⁹.

Por este motivo, y dado que en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo se desconoce esta cifra, se plantea en este trabajo conocer la situación actual de la lactancia materna exclusiva entre las madres que son atendidas en este hospital, y su relación con otros factores incluyendo el tipo de parto y la paridad, así como con el asesoramiento de la matrona de la planta de hospitalización.

Marco teórico

Para obtener estadísticas fiables y comparables es preciso unificar las definiciones relacionadas con la lactancia⁷:

- Lactancia materna exclusiva: definida en el apartado de introducción.
- Lactancia materna: el niño ha tomado leche materna de manera exclusiva junto con agua, zumos, líquidos rituales, infusiones, fórmula.
- No lactancia materna: el niño no ha tomado nada de leche materna.
- Suplemento: se considera suplemento la administración a niños amamantados de líquidos diferentes a la leche materna.

Objetivos

Objetivo principal

Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Objetivos secundarios

- Estudiar en las mujeres púerperas la relación entre lactancia materna exclusiva al alta con el tipo de parto.
- Estudiar en las mujeres púerperas la relación entre lactancia materna exclusiva al alta con la paridad.
- Estudiar en las mujeres púerperas la relación entre lactancia materna exclusiva al alta con el asesoramiento de la matrona en la planta de hospitalización.

Material y métodos

Diseño de estudio

- Objetivo principal: estudio observacional transversal prospectivo.

- Objetivos secundarios: estudio analítico de casos y controles.

Sujetos del estudio

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Recién nacidos a término (> 37 semanas).

Criterios de exclusión

- Recién nacidos fallecidos.
- Recién nacidos ingresados en neonatos.
- Recién nacidos derivados de otro centro.
- Recién nacidos trasladados a otro centro.
- Mujeres puérperas que rechazan participar en el estudio.

Muestreo

El tipo de muestreo que se va a seguir para este trabajo sería consecutivo no aleatorio, durante un mes.

Tamaño muestral

Empleando la calculadora de muestras QuestionPro se estimó un tamaño muestral mínimo de 163 mujeres puérperas para estimar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta, con un error máximo de $\pm 7.5\%$ y un nivel de confianza del 95% para un total de 2843 partos en el año 2018.

Variables

Descriptivas

Dentro de las características de la muestra poblacional se consideró la edad y nacionalidad.

Analíticas

Para las variables analíticas se seleccionó como variable dependiente la lactancia materna exclusiva (sí/no) y como variables independientes la paridad (primípara/múltipara), el tipo de parto (vaginal/cesárea) y si ha recibido el asesoramiento de la matrona de la planta de hospitalización (sí/no).

Técnicas

La técnica de recogida de datos será una encuesta anónima (Anexo 1) y contestada por las mujeres puérperas el mismo día del alta, entregada junto con el consentimiento informado (Anexo 2) por parte de las residentes de matrona, las cuales dirigen el estudio. Para ello, sería necesario hacer una revisión diaria del listado de partos y así conocer la fecha de alta en función del tipo de parto.

Las encuestas fueron recogidas a lo largo de esa misma mañana, con la posibilidad de resolver cualquier duda que haya surgido. Las razones de la elección de esta metodología serían las siguientes:

- Al tratarse de mujeres puérperas, centradas en el cuidado de recién nacidos, se ha elegido este tipo de técnica breve y sencilla, cuyo tiempo empleado se estima que no sobrepasa los 10 minutos.
- Otro factor determinante en la elección ha sido la disponibilidad de las investigadoras para poder entregar y recoger las encuestas de forma presencial.

Las encuestas realizadas fueron de elaboración propia, en función del documento "Cómo obtener estadísticas de lactancia" de la IHAN⁷.

Durante la recogida de datos, y hasta la finalización del estudio, se mantuvo la cadena de custodia de los datos por parte de las investigadoras.

Estudio estadístico

Para el objetivo principal se efectuará un estudio descriptivo para obtener el porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta y el intervalo de confianza correspondiente.

Para los objetivos secundarios, puesto que todas las variables seleccionadas son cualitativas y dicotómicas, se empleará la prueba del Chi cuadrado para comprobar si los resultados obtenidos en los distintos grupos analizados son significativos.

Los datos obtenidos en las encuestas fueron recogidos en un archivo EXCEL. Para el análisis de los resultados se utilizará el programa estadístico SPSS (versión 12.0).

Limitaciones/fortalezas del estudio

El estudio cuenta con algunas limitaciones, como son la recogida de datos de un solo hospital, un periodo de tiempo corto y con un tipo de muestreo consecutivo y, por tanto, no aleatorio.

Dentro de las fortalezas se contempla que la realización de la encuesta es de forma presencial el día del alta. Además, las personas encargadas de entregar y recoger las encuestas son diferentes al personal ocupado de la lactancia materna en la planta, disminuyendo la probabilidad de sesgar las respuestas referidas.

Resultados

De un total de 226 mujeres puérperas ingresadas en la planta de hospitalización del Hospital Virgen de la Salud de Toledo durante un mes, se han descartado 35 por no cumplir los

criterios de inclusión del estudio: 31 recién nacidos ingresados en unidad de Neonatología, de los cuales nueve son por prematuridad y 22 por otras causas; y cuatro recién nacidos pretérmino sin necesidad de ingreso. De este modo la población diana de estudio es de 191 mujeres puérperas, de las cuales 10 han rechazado la participación en el estudio. Por tanto, según el tamaño muestral calculado se realizaron un total de 163 encuestas.

La media de edad de la muestra de estudio es de 32,2 años, con un rango comprendido entre 16-46 años y una desviación típica de 5,69. Del total de las 163 mujeres puérperas hay variedad de nacionalidades, entre las que prevalecen un total de 118 españolas, seguidas de 16 marroquíes y ocho rumanas.

La tasa de lactancia materna exclusiva al alta es del 39,3% (IC: 32,4-45,5); mientras que la forma de alimentar al recién nacido en el 47,2% (IC: 40,2-53,7) de los casos es la lactancia materna y tan solo un 7,4% (IC: 3,5-10,4) optó por no lactancia materna.

En cuanto a la relación entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva al alta, del total de 127 partos vaginales, el 49,6% de las madres presentaba lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria. Sin embargo, en el caso de las cesáreas, de 36 mujeres puérperas tan solo una mantenía lactancia materna exclusiva al alta (significativo: $p=0,0001$).

Respecto a la relación entre la lactancia materna exclusiva al alta y la paridad, se ha obtenido un total de 67 mujeres primíparas, de las cuales un 34,3% presenta lactancia materna exclusiva al alta. En cambio, de las 96 múltiparas este valor alcanza un total de 42,7% (no significativo: $p=0,281$).

Respecto a la consulta de la matrona de lactancia de hospitalización, de las 77 mujeres que fueron asesoradas un 35,1% presentó lactancia materna exclusiva al alta. De las 86 restantes que no fueron vistas por la matrona (41 de ellas por coincidir el ingreso en fin de semana y 23 de ellas por no precisarlo), presentaba lactancia materna exclusiva en el momento del alta un 43% (no significativo: $p=0,29$).

Discusión

Según los datos obtenidos en esta unidad se observa que la situación actual se encuentra muy alejada de las recomendaciones internacionales sobre lactancia materna exclusiva, siendo la forma de alimentación más habitual del recién nacido la lactancia materna.

Se ha observado que existe una diferencia significativa entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva, presentando las cesáreas las tasas más bajas respecto al parto vaginal. Es necesario tener en cuenta que las mujeres a las que se les practica una cesárea generalmente suelen presentar más

problemas para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. Esto se debe principalmente a la separación temprana madre-hijo, medicación utilizada y a la suplementación evitable e innecesaria durante la estancia de la madre en la unidad de recuperación postanestésica (URPA).

En cuanto a la relación entre la paridad y la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta, gran parte de los autores coinciden en que las mujeres primíparas la inician en un porcentaje mayor a las múltiparas, mientras que otros refieren que tener hijos previos tiene un efecto positivo en la lactancia materna por la experiencia y la confianza en su capacidad de amamantar¹⁰. En este hospital se ha obtenido un porcentaje mayor en las mujeres múltiparas, aunque no resulta estadísticamente significativa la diferencia.

En referencia a la función de la matrona de lactancia no se ha observado una diferencia significativa en el porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta. Sin embargo, es importante considerar que más de la mitad de todas las mujeres puérperas encuestadas no recibieron su asesoramiento, principalmente por coincidir la estancia hospitalaria en fin de semana ya que su horario de trabajo son días laborables de 8-15 horas. Por tanto, pensamos y apoyamos que si bien es un paso contar con matrona dedicada a la lactancia, las plantas de hospitalización de mujeres puérperas siempre habrían de ser dirigidas por matronas para ofrecer cuidados, información y formación para recuperación de las mujeres puérperas y adaptación del neonato, y coordinación para el seguimiento de los procesos por la matrona de Atención Primaria, todos asuntos específicos de la competencia de la enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona), como es el caso que se estudia de la lactancia materna.

Tras finalizar la investigación se han comparado los resultados obtenidos con los de otros hospitales de España en los que se llevó a cabo un estudio similar, consiguiendo resultados muy diversos. En el Complejo Hospitalario de Jaén se hizo un estudio en el año 2014, siendo un 23,6% la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta¹¹. De igual forma, en el estudio que se realizó en 2017 en el Departamento de salud de la Ribera (Valencia) este valor fue de 68,2%¹². Ambas cifras, al igual que el porcentaje obtenido en este hospital, se encuentran por debajo de las recomendaciones descritas por la OMS. Sin embargo, se han encontrado dos hospitales que sobrepasan por sus altas tasas de prevalencia: el Hospital de Zumarraga en Guipúzcoa con un 84,8% en el año 2015¹³ y el Hospital de Jaca en Huesca con un 89,5% en el 2013¹⁴.

Por otro lado, en la mayoría de los estudios revisados se realiza un seguimiento posterior al alta, concretamente a los 28 días, tres meses y seis meses; observando variaciones significativas en el porcentaje de lactancia materna exclusiva a lo largo del tiempo. Particularmente se ha visto reflejado un descenso del porcentaje de lactancia materna exclusiva tras el alta en los estudios de Huesca y Guipúzcoa, mientras

que en el de Valencia hay un llamativo aumento de este valor a los tres meses¹²⁻¹⁴. El análisis de estos datos invita a reflexionar si estas variaciones se deben a la labor desempeñada por todo el personal sanitario implicado en la lactancia. Así, como propuesta de mejora para futuros estudios en el hospital a estudio se plantea realizar una extensión del análisis de este valor a lo largo del tiempo.

Por todo ello, se considera un aspecto importante la formación continuada del personal sanitario del área de maternidad, así como la puesta en marcha de diferentes medidas y protocolos que apoyen la lactancia materna.

Actualmente en se está impartiendo un módulo formado por cuatro sesiones educativas sobre lactancia materna dos veces por semana, tanto para profesionales sanitarios como para padres y familiares interesados. Además, se está trabajando en la elaboración de protocolos de promoción de lactancia materna y en la regulación del contacto piel con piel y de la administración de suplementación, en el caso de las cesáreas.

Conclusiones

La prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta obtenida en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo es baja, de un 39,3%, a pesar de lo recomendado y de los múltiples beneficios descritos tanto para el recién nacido como para la madre.

En el caso de las cesáreas este valor es aún inferior, siendo del 0,36% las mujeres puérperas con cesárea y con lactancia materna exclusiva al alta; considerándose, por tanto, un factor con influencia negativa en la lactancia materna.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden ser útiles para los profesionales sanitarios, permitiendo escoger y diseñar las estrategias adecuadas para un correcto apoyo y asesoramiento sobre lactancia materna. Además, este trabajo puede servir de base para futuros estudios que relacionen la lactancia materna exclusiva con otros factores.

Para finalizar sería recomendable valorar la efectividad de las medidas puestas en marcha para la promoción y mantenimiento de la lactancia materna en el hospital de este estudio, así como la evaluación periódica de las tasas de lactancia materna exclusiva con el objetivo de acercarnos a las recomendaciones internacionales.

Bibliografía

- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2012.
- OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised) [internet]. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2008 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>
- OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Adoptada por la 45ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA 45.34) [internet]. Florencia: WHO: 1990. [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
- Iniciativa para la humanización y asistencia al nacimiento y la lactancia [sede Web]. Pasos para ser IHAN-Hospitales. 10 Pasos en hospitales. Madrid: IHAN; 2017 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Lactancia materna exclusiva [internet]. Ginebra: OMS; 2009 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
- Cómo obtener estadísticas de lactancia en la Maternidad. España: UNICEF/OMS. IHAN España; 2016.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Ginebra: OMS; 2009.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2016.
- Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Lactancia Materna: Guía para profesionales. Colección Monografías AEP nº 5. Barcelona: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2004. p. 31-43.
- Serrano Martos J, López Ruiz B, Carrascosa López C. Análisis para la mejora del apoyo a la lactancia materna en una Unidad de Ginecología y Obstetricia. Inquietudes [internet] 2014 [citado 16 ago 2020]; 47:25-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4602505>
- Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermerjo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los tres meses postparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria [internet] 2018 [citado 16 ago 2020]; 51(2):

- 91-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837006/>
13. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [internet] 2015 [citado 16 ago 2020]; 29(1):4-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100002
14. Navarro-Gil C. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. *Medicina Naturista* [internet] 2013 [citado 16 ago 2020]; 7(2):61-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4297710>

ANEXO 1. Encuesta de lactancia

EDAD: _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE PARTO: _____ TIPO DE PARTO: _____

EDAD GESTACIONAL: < 37 SEMANAS > 37 SEMANAS

PESO NACIMIENTO: _____

• Paridad: Primípara Multipara

• Lactancia de hijo anterior: NO SÍ Lactancia (duración total: meses)

• ¿Desea amamantar a su hijo? SÍ NO

• ¿Existen contraindicaciones absolutas para la lactancia? SÍ NO En caso afirmativo, señálese cuál:

- Madre portadora VIH
- Drogadicción materna
- Infección materna por HLTV
- Medicación materna incompatible con la lactancia
- Niño con galactosemia, enfermedad de orinas en jarabe de arce o fenilcetonuria

PARA CUMPLIMENTAR AL ALTA:

- ¿Recibe lactancia materna exclusiva durante todo el ingreso?: SÍ NO
- Suplementación a lo largo del ingreso: SÍ NO .
- Motivo de la indicación de suplementación:
 - Indicación aceptable por OMS (prematuro, bajo peso al nacimiento, hipoglucemia y deshidratación)
 - Por decisión materna informada
 - Otros motivos:
- ¿Ha sido el recién nacido ingresado en la Unidad de Neonatología? SÍ NO
En caso afirmativo, indique la causa:
- ¿Ha recibido el asesoramiento de la matrona de hospitalización? SÍ NO Motivo

FECHA DE ALTA: _____ Edad (días): _____

Identificación del sanitario que recoge los datos: _____

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 2. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Patricia Hernández Alía, Paula Caño Armenteros y Natalia Pino Pino, residentes de matrona del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta y su relación con otros factores incluyendo el tipo de parto y la paridad, así como el asesoramiento de la matrona de la planta de hospitalización.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas completando una encuesta, sin ningún tipo de intervención clínica. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, conservando la cadena de custodia de los datos recogidos y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____

He sido informado/a de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder unas preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con cualquiera de las investigadoras al correo paulac28.a@gmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo contactar mediante el correo anteriormente mencionado.

Firma del participante

Fecha

**Curso
gratuito**

Curso online COVID-19

Formación para profesionales de
Enfermería ante la emergencia sanitaria

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

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

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

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

Accede al curso en:

<https://www.auladae.com/curso-gratuito-covid-19/>

¹ Javiera Castillo-Valderrama
¹ Anastasia Rey-Hermosilla
¹ Paula Cabello-Hidalgo
¹ Camila Núñez-Fellay
² Marisa Villagrán-Becerra

Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte

¹ *Matrona. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile.*

E-mail: mvillagran@uchile.cl

² *Matrona, Psicóloga. Profesora Asistente. Departamento de Promoción de la Salud la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile.*

Fecha de recepción: 28 de febrero de 2020.

Fecha de aceptación 5 de junio de 2020.

Cómo citar este artículo:

Castillo Valderrama J, Rey Hermosilla A, Cabello-Hidalgo P, Núñez-Fellay C, Villagrán-Becerra M. Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):37-45.

Resumen

Introducción: "duelo" significa dolor, remitido al sufrimiento ocasionado por una pérdida. El duelo ante la muerte perinatal afecta tanto a padres como profesionales que proveen la atención de salud.

Objetivos: explorar vivencias de profesionales matrona/matrón ante usuarias con pérdida reproductiva y al cuidar recién nacidos que mueren durante la hospitalización.

Método: investigación cualitativa, descriptiva, con enfoque fenomenológico. Muestreo opinático entre profesionales matrona/matrón de Unidades de Maternidad y Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de Alta Complejidad. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y análisis narrativo de contenido.

Resultados: surgen cuatro categorías: a) Experiencias: describen vivencias positivas y negativas, destacando la vinculación con los padres y el deterioro de relaciones en el equipo de trabajo, respectivamente. Identifican emociones complejas como tristeza, angustia, frustración y culpa. b) Adquisición de competencias de afrontamiento: durante la formación profesional no se desarrollan estrategias personales ante el duelo, generándose sentimientos de incapacidad y menor autopercepción de eficacia en los primeros años laborales. c) Estrategias de afrontamiento: es frecuente la evasión de sentimientos provocados por el duelo, facilitando la aparición de sintomatología asociada a *burnout*, con un significativo menoscabo de la calidad de vida y de la atención prestada. d) Requerimientos: existe necesidad de formación especializada y la creación de protocolos de intervención ante duelo perinatal.

Conclusiones: en el contexto intrahospitalario no es visibilizado con acciones específicas el duelo ante la pérdida reproductiva, quedando la atención al azar del prestador.

Se requieren estructuras organizacionales que provean cuidado a las familias afectadas y a los prestadores.

Palabras clave: matronas; duelo; pérdida perinatal; competencia profesional.

Abstract

Perinatal death mourning: Experiences of the professional midwife when faced with death.

Introduction: "mourning" means grief, referring to the suffering caused by a loss. Mourning due to perinatal death affects parents as well as professionals providing healthcare.

Objectives: to explore the experiences of male and female professional midwives faced with users with reproductive loss, and when providing care for newborns who die during hospitalization.

Method: a qualitative, descriptive research, with phenomenological approach; non-statistical sampling among male and female professional midwives from the Maternity and Neonatal Intensive Care Units of a High-Complexity Hospital. Semi-structured interviews were applied, and there was a narrative content analysis.

Results: four categories came up: a) Experiences: Positive and negative experiences described, highlighting the link with the parents and the deterioration of relationships in the work team, respectively. They identified complex emotions such as sadness, anxiety, frustration and guilt. b) Acquisition of coping skills: During professional training, no personal strategies for mourning are developed, and therefore feelings of failure and lower self-perception of efficacy are generated during their first years of work. c) Coping strategies: There is frequent avoidance of feelings caused by mourning, thus encouraging the development of burn-out-related symptomatology, with significant worsening in quality of life and care provided. d) Requirements: There is a need for specialized training and the creation of protocols for intervention when there is perinatal death mourning.

Conclusions: in the hospital setting, mourning for reproductive loss is not made visible through specific actions, and therefore care is left in the hands of its provider.

Organizative structures are required, to provide care for the families affected and for health providers.

Key words: midwives; mourning; perinatal loss; professional skills.

Introducción

La palabra "duelo" proviene del latín "*duellum*" que significa dolor y también desafío o combate entre dos fuerzas. Se remite al sufrimiento provocado por una pérdida y al enorme esfuerzo, casi como un combate, librado para asimilarla¹.

El nacimiento es considerado uno de los momentos más importantes de la vida de una persona, por ello, el diagnóstico y nacimiento de un hijo con un pronóstico ominoso o muerto corresponde a una crisis no normativa que desorganiza la normalidad en la vida de los afectados^{2,3}, rompe los anhelos, ilusiones y expectativas de los padres, llevándolos a vivir una situación de duelo^{4,5}. Se estima que una de cada cuatro parejas lo experimentan en alguna de sus gestaciones⁶ y aunque no existen antecedentes sobre la incidencia del duelo ante la pérdida reproductiva y muerte perinatal, se presume que esta vivencia estaría inevitablemente ligada a este evento. En Chile en el año 2014 ocurrieron 2.299 muertes perinatales y 2.154 muertes fetales, lo que equivale a una tasa de 16,73 muertes por mil recién nacidos vivos⁷.

Las respuestas de los progenitores frente a la muerte de un neonato conforman etapas caracterizadas por shock, negación, ira, depresión, negociación y aceptación; incluyendo además la sensación de pérdida de control, culpa y sensación de ineficacia¹. Además, estudios realizados en Estados Unidos estiman que cada muerte deja un promedio de cinco personas en duelo⁸.

En Chile, el profesional matrona/matrón es quien se especializa en el área de cuidado obstétrico y neonatal. Al participar habitualmente en la gestión del nacimiento y la alegría, suelen tener limitaciones para actuar ante la muerte perinatal, muchas veces entendida como resultado del fracaso terapéutico y del esfuerzo por la cura^{9,10}.

Es importante considerar que el duelo perinatal no solo afecta a los padres, sino también a los profesionales de la salud que prestan la atención, por ello es necesario conocer sus competencias para enfrentar esta situación de alta emocionalidad⁴, dado que estarán involucrados en las reacciones inmediatas del duelo⁶.

La muerte inevitablemente produce un conjunto de emociones en el profesional tales como tristeza, compasión, decepción, ineficiencia y culpa, entre otras. Muchas de estas se asocian a la "responsabilidad" del cuidado que adopta el profesional, especialmente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)¹¹.

Muchos autores asignan una valencia a las emociones, diferenciando emociones positivas, que surgen ante una evaluación favorable respecto a la cercanía o logro del objetivo, de las negativas, que son resultado de una evaluación desfavorable respecto a los propios objetivos¹².

En las últimas décadas ha tomado relevancia el síndrome de *burn out* (desgaste), como característico de aquellos que

están habitualmente en contacto con personas que sufren padecimientos, enfermedades o dificultades. Se define incluso como una respuesta al estrés laboral crónico, donde el sujeto carece de estrategias para enfrentarlo⁴.

En este contexto, el *burnout* puede combinarse con el fenómeno de "fatiga por compasión", considerado como el costo de los altos niveles de empatía con el sufrimiento del paciente y de su familia. Ante esto aparecen síntomas físicos, emocionales y conductuales en el personal afectado, los que se traducen finalmente en la pérdida de motivos para ejercitar la tarea con compromiso, creatividad y efectividad. La fatiga por compasión produce síntomas de ansiedad y angustia, recuerdos traumáticos y evitación activa de situaciones similares^{13,14}.

Otros estudios revelan que el cuidador dentro de una UCI neonatal (UCIN) también necesita cuidado, atención y capacitación para poder enfrentar estas situaciones, ya que deben afrontar sus sentimientos y los de los padres. La falta de cuidado del prestador puede generar respuestas de evitación como mecanismo para reducir el estrés laboral¹⁵.

Por otra parte, una atención se considerará de calidad cuando el profesional sanitario cuente con una formación especializada que le entregue herramientas y confianza en sus habilidades. Se requieren normas o protocolos que delinien las conductas a adoptar al momento de la atención, estandarizando así los cuidados, ofreciendo apoyo multidisciplinario ante la pérdida perinatal y procurando el seguimiento necesario; todo con actitud de servicio y respeto por el dolor compartido, para construir una red de apoyo a la cual la usuaria pueda recurrir, sintiéndose acogida⁶.

Entre las habilidades profesionales requeridas se cuentan las estrategias de afrontamiento, definidas como los procesos concretos que se utilizan en cada contexto para enfrentar las distintas demandas de la vida. Estos recursos pueden pertenecer al individuo o al ambiente. Lazarus y Folkman (1986) clasificaron las estrategias de afrontamiento de dos formas complementarias: una dirigida al problema, orientada a su modificación y al cambio de la situación; y la segunda dirigida a la emoción, que incluye reducir la respuesta emocional negativa ante una situación estresante, que puede ser percibida como amenaza o estancamiento, o bien como oportunidad y aprendizaje de cómo salir adelante^{16,17}.

La falta de preparación a través de cursos de pregrado y postgrado respecto a las situaciones de alta emocionalidad, facilita que el profesional de salud quede muchas veces expuesto a actuar solo en función de su estado emocional, evidenciándose la falta de estabilidad frente a estas situaciones de duelo¹⁸.

Actualmente la mayoría de los establecimientos nacionales no cuentan con un protocolo de manejo de duelo dirigido hacia el personal de las unidades de maternidad y neonatología, solo existen documentos que abordan temas de in-

dole administrativa orientados a los progenitores de neonatos y mortineonatos.

Por ello, este estudio realizado en el periodo 2016 a 2019, exploró las vivencias de matronas/matronas de un Servicio de Maternidad y UCIN expuestos al duelo perinatal, identificando sus emociones y las estrategias utilizadas por estos profesionales para afrontar dicho evento. Además, se determinaron elementos considerados como relevantes para fortalecer el acompañamiento del duelo perinatal de las usuarias y de los profesionales que las atienden.

Objetivos

Objetivo general

Explorar las experiencias de duelo perinatal de profesionales matrona/matrón que otorgan atención a la mujer y el recién nacido en situación crítica, en un Hospital de Alta Complejidad de Santiago de Chile, en el periodo 2016 a 2019.

Objetivos específicos

- Conocer vivencias y emociones del profesional en la atención a usuarias y familias que cursan duelo perinatal.
- Identificar instancias de adquisición de competencias para el manejo del duelo perinatal.
- Explorar las estrategias de afrontamiento del profesional ante situaciones de duelo perinatal.
- Identificar los requerimientos de los profesionales para realizar un manejo oportuno e integral del duelo perinatal.

Material y método

Diseño: investigación de carácter cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico, para comprender la complejidad y significado de la experiencia del duelo perinatal desde el punto de vista del profesional matrona/matrón que acompaña a la madre y familia doliente.

Muestra: el muestreo fue opinático, seleccionando a los participantes entre profesionales matrona/matrón de los Servicios de Maternidad y UCIN de un hospital de alta complejidad de la Región Metropolitana en Chile.

Criterios de inclusión: poseer título profesional de matrona o matrón; trabajar al momento de la entrevista en el hospital individualizado; tener al menos un año de experiencia laboral en la unidad en que se realiza el estudio.

Criterios de exclusión: profesionales que reciben tratamiento psiquiátrico o cursan un proceso de duelo de índole personal al momento del estudio.

El número final de la muestra se determinó por el principio de saturación teórica, correspondiente al momento en que no surgen nuevos datos o ideas que aportan a la pregunta de investigación planteada⁶, lo que se alcanzó con 10 entrevistas a profesionales de maternidad y siete de UCIN.

Metodología: se aplicó pauta de entrevista semiestructurada, como guía de entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma completa y detallada. Se aplicó análisis de contenido, centrándose en la interpretación de lo explícito en la narración. Los datos obtenidos fueron codificados y organizados construyendo categorías y subcategorías, destacando elementos y citas relevantes. La descripción de los resultados obtenidos busca responder los objetivos planteados¹⁹.

Para asegurar la calidad y rigor del estudio se realizó triangulación de datos y de investigadores. Participan en la recolección de datos cuatro investigadoras y en el procesamiento se incorpora una tutora y dos revisores externos.

Aspectos éticos: la investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud al que corresponde el hospital seleccionado. Resguardando el principio de autonomía se solicitó la participación voluntaria de aquellos profesionales que cumplieran con los criterios de inclusión. Se firmó un consentimiento informado, respetando el anonimato y confidencialidad de los datos.

Las investigadoras declaran no tener conflictos de interés en la realización de esta investigación.

En la Tabla 1 se presenta la identificación de los participantes en el estudio según edad en años; género: femenino (F); masculino (M), años de ejercicio profesional y unidades de desempeño.

Resultados

Vivencias y emociones ante el duelo perinatal

En las experiencias relatadas destacan las vivencias personales con las usuarias y con los demás profesionales. En cada una de ellas se identifican vivencias tanto positivas como negativas.

El quehacer profesional en la UCIN se reconoce como una experiencia positiva al ser gratificante y generadora de vínculos cercanos con los pacientes y su familia: *"Es bonita la labor porque uno los ve crecer, se va generando una relación más cercana con los padres, con el paciente"* [M12]. También se crean relaciones estrechas de apoyo y contención para sobrellevar las situaciones difíciles con el resto del equipo de salud: *"Se da harto apoyo, se contiene, se calma, los más viejos dan su experiencia y tratan de calmar los ánimos"* [M17].

Las experiencias negativas se relacionan a una exigente carga emocional en los profesionales dada la tensión y pre-

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Profesionales matrona/matrón entrevistados				
ID.	Edad	Género	Años	Unidad
M1	25	F	1	Prepartos
M2	31	F	5	Prepartos
M3	26	F	3	UMMF
M4	25	M	2	Ginecología
M5	29	F	3	UMMF
M6	25	F	2	Ginecología
M7	51	F	28	Prepartos
M8	27	M	3	Prepartos
M9	44	F	20	Ginecología
M10	55	F	33	UMMF
M11	56	M	31	UCIN
M12	27	F	4,5	UCIN
M13	52	F	25	UCIN
M14	58	F	34	UCIN
M15	44	F	12	UCIN
M16	54	M	26	UCIN
M17	28	F	3	UCIN

UMMF: Unidad de Medicina Materno Fetal

sión bajo las que se trabaja en estas unidades, con manifestaciones dentro y fuera del ambiente laboral, afectando así su vida personal y las relaciones interpersonales al interior del servicio: "Las relaciones son difíciles, porque se trabaja a full, con presión, mucho riesgo vital, con mucho ego de por medio, entonces las relaciones son de fricción y muchas veces pequeños detalles que no deberían gatillar fenómenos emocionales, lo hacen" [M14].

Un elemento que influye en la percepción positiva o negativa de la experiencia de los profesionales es lo esperado o inesperado de los sucesos. Plantean que si ya existe al ingreso de la usuaria un diagnóstico ominoso o de muerte fetal se facilitan las intervenciones profesionales, pues "la madre está más preparada", apareciendo habitualmente en ellas una respuesta de tristeza que crea un ambiente emocional más tranquilo: "Si tú sabes que la persona tiene un diagnóstico de una enfermedad mortal y acompañas a tu familiar hasta el fallecimiento, eso te da tiempo para asimilar, hay tiempo de iniciar el duelo previo al fallecimiento" [M6]. Pero ante un evento inesperado, el profesional se ve invo-

lucrado en las reacciones inmediatas del duelo, experimentando generalmente shock y frustración, o indiferencia, enojo, impotencia, tristeza, hasta sufrimiento. Ante un deceso abrupto es difícil tomar decisiones, pues es una situación de mayor demanda emocional con la que es difícil lidiar: "Fue muy triste... te imaginas el dolor que siente la madre, me sentí súper triste, me tuve que ir a la residencia un ratito a llorar" [M1].

Entonces, el actuar ante el duelo perinatal dependerá principalmente del momento en que se cuente con el diagnóstico y de la valoración inicial que se haga del estado emocional de la usuaria. Se ofrece lo disponible en el servicio en cuanto a infraestructura y concesiones que provean un entorno alejado de otras madres con sus hijos. Además, se facilitan canales de información entre familia-usuaria y médico: "Acá se asigna a la paciente un box privado en que esté con su pareja o su acompañante significativo, para que hagan el duelo correspondiente" [M7].

Las experiencias negativas identificadas evidencian la presencia de elementos que facilitan la aparición del síndrome de burn out: "Pero uno se queda con la carga emocional [...] en el ámbito interno solo queda sufrirlo" [M2]; "Estamos muy crónicos en cuanto al comportamiento. Se normaliza el estrés, andar cansado, apurado, que te enojas en lugar de llorar; cambian un montón de expresiones de la emoción" [M14].

Adquisición de competencias

Independiente de los años de egreso de la universidad, la formación recibida en pregrado es considerada insuficiente para el desarrollo de estrategias personales y adquisición de competencias para el manejo del duelo perinatal, lo que dificulta el desempeño clínico y el abordaje integral del problema.

Los participantes consideran necesario que en la formación se aborden temas como: trato humanizado, resolución de conflictos, contención emocional y la comunicación de malas noticias. Estas serían herramientas necesarias en el manejo integral de cualquier usuario que esté viviendo un proceso asistencial. Por la frecuencia e impacto de esta experiencia se espera que la universidad tome la responsabilidad de entregar una base teórico-práctica, exponiendo al estudiante a diversos contextos con situaciones estresantes para que adquiera experiencia de forma controlada y con acompañamiento, facilitando así el posterior manejo de estas situaciones clínicas: "Yo creo que el 80% es empírico sí o sí. Si bien actualmente en las mallas de nuestras escuelas hay un poco más de información sobre aspectos psicológicos, contención emocional, acompañamiento durante el proceso de duelo... tú no lo vas a desarrollar si no lo vives" [M6]. También se destaca que en postgrado no hay cursos, talleres o capacitaciones relacionadas con el tema.

Autopercepción de eficacia y rol profesional

La autopercepción de eficacia es menor en los primeros años de ejercicio profesional. Los sentimientos de incapacidad para atender a estas usuarias adecuadamente impulsan a buscar apoyo en los colegas y el equipo. Predominan emociones como la tristeza y la preocupación hacia la mujer gestante, pero prevalece la sensación de "no saber qué hacer". Por esto, se destaca el rol de los colegas con más años de servicio, quienes demuestran mayor capacidad para lidiar con el conflicto ejecutando acciones concretas, a la vez que se encargan de la tutela, orientación y resguardo del novato. Finalmente, la formación es empírica y se adquiere por medio de relatos de experiencias y consejos de otros colegas, o siendo testigos del manejo utilizado por ellos. Muchos consideran que la experiencia laboral ya les ha entregado las destrezas necesarias para el manejo de la muerte perinatal: *"Al principio tú no sabes qué hacer, en ese momento se mira para el lado para ver qué hacen los demás [...] Quizás yo estoy aportando ahora nueva información a otros, a mis colegas nuevos"* [M2].

En algunas ocasiones la muerte se ve como un evento que pudo evitarse con acciones que debió haber realizado el profesional o la usuaria. En estos casos, al terminar la atención aparecen sentimientos de ineficacia, insatisfacción, impotencia o culpa: *"Es indignación, ineficacia, molestia, se pudo haber hecho algo antes, se pudo evitar"* [M3]; *"A veces quedo insatisfecha porque no hay palabra tuya que pueda calmar ese dolor, punto"* [M2]; *"Me afecta mucho, llego a las lágrimas"* [M17].

Mientras que en las situaciones donde el profesional siente que realizó "todo lo que pudo hacer" y entregó una óptima atención surgen en unos sensaciones de satisfacción y tranquilidad, mientras que en otros hay neutralidad e indiferencia, planteando que realizan la labor que les corresponde, sin involucrarse, porque es parte de su trabajo: *"Tú te quedas con el alma tranquila de que hiciste todo lo que podías y el resto ya no depende de ti"* [M5]; *"No me afecta la muerte de los pacientes"* [M16].

Es deseable que el manejo sea multidisciplinario, ya que el abordaje psicológico/psiquiátrico no corresponde a sus competencias profesionales: *"Nosotras captamos la necesidad, pero no estamos preparadas para darles una ayuda psicológica, se deben hacer interconsultas"* [M9].

Como habilidades sociales útiles en el manejo del duelo se identifican: empatía, buen trato, escucha activa, comunicación efectiva. Suelen apoyarse en los familiares para facilitar la comunicación y entregar información: *"Usar comunicación no verbal, la empatía al mirarla a los ojos, posiciones que adoptas, o decirle: sabes que te entiendo, entiendo tu dolor"* [M1].

Se considera incorrecto que el profesional se involucre íntimamente con el dolor o los sentimientos de la usuaria, al

punto de afectar su estado emocional. Se evalúan como "poco profesionales" reaccionar con llanto, tristeza o culpa: *"Yo sí las he visto más afectadas (matronas jóvenes), incluso lloran, pero tú como matrona no puedes tener esa actitud, aunque te afecte mucho, aunque te duela el alma, tú no puedes ponerte a llorar delante de la paciente, porque se espera que tú la contengas"* [M7]; *"Uno tiene que aprender a separar las cosas, porque no puedes llevarte esa carga a la casa, ni traer los problemas de la casa para acá. Hay que tener esa madurez, eso se adquiere con la experiencia"* [M10].

Estrategias de afrontamiento

En matronas/matronas entrevistadas se identifican estrategias de afrontamiento orientadas al autocuidado, donde se utiliza la abstracción de la situación y el compartir el relato de esta vivencia con su círculo cercano.

Abstraerse del evento también se utiliza como estrategia de evasión, sumando la autolimitación de los vínculos con los pacientes y su familia. Algunos ejecutan la evitación a través de conductas como dejar a la usuaria sola o en compañía del familiar, abocándose solo a la labor clínica y administrativa: *"Al ver que necesita más intimidad, uno las va dejando, para no influir en su círculo más cercano. Le digo: cualquier cosa me avisa"* [M4].

Otras son las estrategias de resolución o cierre, donde aparecen ritos como realizar una última atención o el asistir a funerales y ceremonias del recién nacido fallecido.

Se observa que las estrategias evolucionan a través de los años de servicio. Al inicio destacan la labilidad emocional y mayor conexión sentimental con los pacientes y su familia, lo que es asociado a mayor ansiedad y angustia al enfrentarse a un duelo. Los profesionales con más años de servicio refieren que con el tiempo adquieren tranquilidad y una cierta desvinculación emocional del suceso, lo que es interpretado por algunos como una despersonalización y por otros como madurez: *"Con el pasar de los años no siento casi nada, más que la sensación de que ojalá que no me pase"* [M8]; *"Yo siento que los colegas jóvenes son más sensibles y toman muy a pecho la pena de la familia, se sienten muy involucrados, mientras que quienes llevan más años en esto se ve que son más tranquilos"* [M15].

Requerimientos institucionales

Se considera necesario realizar una valoración integral de las necesidades de la usuaria, diferenciándolas en inmediatas y a largo plazo. Lo inmediato durante la hospitalización es el acompañamiento de una persona significativa, permitir el duelo respetando su espacio de intimidad sin una connotación negativa, dejando a la usuaria vivir su proceso a solas o en compañía. Todos los entrevistados reconocieron que la paciente en duelo es una persona muy vulnerable, con necesidad de apoyo emocional y de un manejo cuidadoso

que incluya: entrega de información, resolución dudas, contención emocional y orientación en los trámites posteriores a la muerte de su hijo/hija. Destacan que satisfacer sus necesidades básicas, especialmente el manejo del dolor, ayuda a tranquilizar y disminuir el estrés de la usuaria: "*Necesitan siempre que sus familiares estén cerca. Es una visita por paciente, pero a veces piden que entren las personas significativas y uno hace la concesión*" [M10].

A largo plazo se plantea que debería existir un seguimiento de estas usuarias por un profesional capacitado que otorgue apoyo psicológico y facilite la coordinación con otros servicios en el ámbito de salud primario y secundario, para pesquisar y referir oportunamente los casos especiales. También sugieren implementar intervenciones tales como talleres o grupos de ayuda, que permita a las mujeres conversar sobre sus experiencias y así evitar el abandono del duelo en la pérdida perinatal.

Identifican que el manejo de la experiencia afecta la percepción de la usuaria sobre la calidad de atención recibida, influyendo incluso en las expectativas reproductivas de la mujer al momento de cursar una nueva gestación, por activación del miedo de repetir la experiencia. Lo que más condiciona el recuerdo posterior es el trato recibido. Un trato humanizado impacta positivamente en la usuaria, mientras el mal trato *exacerba lo negativo de la vivencia*: "*Es angustiante, el hecho de revivir los recuerdos, es como repasar el duelo; entonces va a ser un duelo además por el maltrato. Hasta la más mínima cara influye*" [M1].

Se evidenció una sensación de abandono institucional sobre los requerimientos emocionales de usuarias y prestadores, lo que facilitaría el desgaste personal. Además, se planteó que la ausencia de un profesional de salud mental (SM) dentro de los servicios dificulta la posibilidad de enfrentar estos procesos de modo que satisfaga las necesidades de usuarios y prestadores.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio acerca del manejo del duelo perinatal muestran que las competencias profesionales de los matrones recién egresados son escasas o nulas y que la experiencia es fundamental para su adquisición, aunque actualmente suelen ser más bien medidas de autocuidado que habilidades para el abordaje de la usuaria en duelo. Este profesional suele crear un mecanismo de defensa orientado a evitar situaciones ante las cuales siente inseguridad en su actuar por la falta de herramientas. No saber manejar sus propias emociones y el temor a ser juzgado por sus colegas contribuye a la sensación de ineficacia. Esto concuerda con otro estudio en el que se evidencia la necesidad de ofrecer una formación especializada al personal, que le permita adquirir confianza en su capacidad para pro-

porcionar una atención adecuada⁶.

Hubo variaciones en la experiencia según género y años de ejercicio laboral. En las mujeres es mayor la tendencia a la aparición de emociones negativas como angustia, ansiedad e irritabilidad, pero con un mayor grado de empatía y asertividad, relacionada con la capacidad de ayudar a los demás, lo que coincide con la evidencia disponible²⁰. Se observa también que algunos de los participantes con más años de servicio aprenden a convivir con este evento regulando o controlando sus emociones, alcanzando la estabilidad minimizando el compromiso emocional ante el conflicto, a través de distintos mecanismos que dependen de los recursos personales y del entorno laboral.

Diversos estudios señalan que un afrontamiento poco efectivo genera la aparición de síntomas característicos del síndrome de *burnout*, los que fueron encontrados en la mayoría de los sujetos de esta investigación. La evasión como estrategia, tal como señala Maslach y Jackson (1981), les permite alejarse de una serie de emociones negativas, generándose el fenómeno de fatiga por compasión que finalmente los lleva a conductas tales como una actitud fría y despersonalizada en la relación con los pacientes y sus familias²¹.

Esta situación hace que el profesional se centre en los cuidados físicos y actividades clínicas, evadiendo el ambiente de labilidad emocional y evidenciando conductas de evitación en un intento por disminuir su angustia y mantener el "status profesional" frente a los pacientes y demás colegas^{17,21,22}. Independientemente de los años de experiencia, la evitación como mecanismo de defensa es avalado por los participantes. Se considera deseable que la matrona/matrón separe sus emociones de las de los dolientes para poder ayudarles en el proceso.

Esto genera consecuencias negativas en el ámbito psicológico y laboral, dificulta la atención integral y personalizada de la usuaria y afecta negativamente la evolución del duelo. Esto coincide con la literatura consultada^{23,24}.

Sobre las emociones relacionadas a la pérdida, el resultado concuerda con otras investigaciones, donde se expresa que el profesional también vive un proceso de duelo, en el que debe aceptar que algunas experiencias profesionales provocan reacciones que forman parte de un proceso psicológico normal. También se afirma que estas vivencias ayudarán al profesional a identificar sus debilidades y fortalezas en este contexto, pudiendo ocuparse de corregirlas y potenciarlas respectivamente²⁵. Las estrategias de afrontamiento del profesional se encontrarán íntimamente relacionadas con las percepciones, experiencias previas y recursos psíquicos que posea, es decir, los sentimientos o reacciones que se generen son absolutamente personales^{23,26,27}.

Una conducta habitualmente descrita es el buscar apoyo en el familiar, otorgándole la total responsabilidad de cuidar

las necesidades emocionales de la paciente, sin verlo como un afectado que también está en duelo²⁸. Por esta razón, si el profesional no lo considera "útil" para satisfacer los requerimientos de acompañamiento se le margina del proceso al verlo como un obstáculo con el que además tendría que lidiar. Diversos estudios establecen que una intervención inadecuada genera consecuencias indeseables y lamentables para el afectado^{26,29}, influyendo directamente en las primeras etapas de elaboración del duelo, incluyendo el desarrollo de un duelo patológico que no afectaría solo a la mujer, sino también a su entorno social, coartando su proyecto de vida, sus expectativas sexuales y reproductivas⁴.

Entre las estrategias de afrontamiento encontradas es importante la práctica de ritos y participación en ceremonias, que como describe Allué²⁹ (1998) sirven como una forma de apaciguar la angustia producida en el prestador al momento de enfrentar un duelo o muerte, representando generalmente formas de despedida y cierre de un proceso doloroso.

Una escasa valoración social de la emocionalidad se expresa también en la incapacidad de los prestadores para acompañar desde esta dimensión a los usuarios, así como la escasa valoración que reciben las emociones de los prestadores. Andre y Dahlø³⁰ (2016) señalan que esta invisibilización de las emociones de los profesionales frente al duelo, genera en ellos un desgaste tanto de la salud física como emocional y hace que la atención a las familias se vea mermada.

La importancia del acompañamiento a los profesionales permite que estos puedan relacionarse con madres y padres de manera más cercana en un momento tan doloroso, implicando más que conocimientos técnicos, ya que contribuye a mejorar sentimientos de autoconfianza, autocompetencia y seguridad ligados directamente con el bienestar emocional del prestador³¹.

En esta investigación, los profesionales demandan espacios de formación y guías que les entreguen una base para brindar una atención integral, mejorar la calidad de los cuidados y facilitar la evolución de un duelo normal. Esto coincide con estudios realizados en Brasil y España que plantean la necesidad de establecer lineamientos para el manejo del duelo perinatal, que cuenten con orientaciones para la resolución médica de estos casos, abordaje de aspectos emocionales y establezcan un proceso de seguimiento especializado^{23,24}. Los participantes consideran útil o necesaria la presencia de un profesional de Salud Mental que dé atención personalizada y continua a los afectados por un duelo, facilitando herramientas para enfrentarlo y superarlo. Esta visión deja de lado el trabajo personal de identificación de recursos internos, autoconocimiento y autocuidado que en el estudio de Alghamdi y Jarrett³² (2016) se considera fundamental para el mantenimiento de la salud física y emocional, además del desarrollo de estrategias de soporte, apoyo y contención entre compañeros.

Actualmente en Chile no hay estudios sobre los múltiples

factores involucrados en el duelo perinatal, siendo habitualmente abordado solo desde un punto de vista biomédico, a pesar de que las "Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas" (MINSAL 2011)³⁰ se mencionan dimensiones emocionales que afectan a las madres, pero no se incorporan las familias, ni los prestadores.

Considerar las experiencias de familias afectadas y también las vivencias desde la perspectiva de los profesionales, permitiría sustentar protocolos, guías clínicas y políticas públicas basadas en conocimiento empírico⁶.

Conclusiones

El actual contexto de atención con un predominante enfoque biomédico, facilita que la pérdida reproductiva no sea validada como una muerte ligada a un proceso de duelo, la que afecta a las usuarias, sus familias y a los prestadores. El duelo es menos visible especialmente en aquellas pérdidas reproductivas de menor edad gestacional.

Es necesaria la formación específica en el acompañamiento del duelo perinatal, como un recurso en que el profesional debe sentirse competente y más seguro previamente a la exposición al evento estresante.

Sería útil implementar protocolos de Acompañamiento del Duelo que consideren las necesidades de todos los implicados, releve el autocuidado, la contención y el apoyo psicológico a todos los involucrados.

Es deseable la presencia de un profesional de SM al interior de los servicios de maternidad y neonatología, que a través de actividades propias de la psicología clínica y organizacional, apoye el primer abordaje de una muerte perinatal, ayude a establecer espacios saludables y de recreación que contribuyan a reducir el estrés al interior del lugar de trabajo y promueva relaciones interpersonales positivas entre los distintos miembros del equipo de trabajo. Además, es necesario incorporar seguimiento a procesos de duelo de los profesionales involucrados en una muerte perinatal.

Estos elementos pueden impactar positivamente en la vida personal del profesional, reduciendo la aparición del síndrome de *burnout* y además mejorar la calidad de atención y satisfacción de las y los usuarios.

Bibliografía

1. Defey D, Díaz JL, Friedler R, Núñez M, Terra C. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Publicación Científica CLAP n° 1173. 2ª ed. Montevideo, Uruguay: Editorial Coca Viva; 1995.
2. Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido [internet]. Rev. chil. Pediatr. 2004 [citado 16 ago 2020]; 75(1):67-74. Dis-

- ponible en : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0370-41062004000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. García Bianchi X, Estremero J. Ciclo vital, crisis evolutivas [internet]. Fundación MF 2013 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/Ciclo%20Vital%201.pdf>
 4. Ortega Silva P, Velázquez Torres LE, Reyes Luna A, Garrido Garduño A. Paternidad: niños con discapacidad. Rev Intercont Psicol y Educ [internet]. 2010 [citado 16 ago 2020]; 12(1):135-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212393008.pdf>
 5. Núñez BA. Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Ciapat [internet] 2007 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: http://ciapat.org/biblioteca/pdf/870-Familia_y_discapacidad_de_la_vida_cotidiana_a_la_teoría.pdf
 6. González S, Suárez I, Polanco F, Ledo M, Rodríguez E. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cad Aten Primaria 2013; 19(2):113-7.
 7. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Defunciones y mortalidad general y por grupos de edad [internet]. Chile: DEIS; 2014 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_0/DEF?publish=yes
 8. Shear K, Frank E, Houck P, Reynolds C. Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Shear, K. Trial. JAMA [internet] 2005 [citado 16 ago 2020]; 293(21). Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200995>
 9. Hernández Garre JM, Sánchez Sánchez FC, Echevarría Pérez P, Pérez PE. Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. Rev Int Sociol [internet] 2017 sep 14 [citado 16 ago 2020]; 75(3):070. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/683>
 10. Cordero MA, Palacios BP, Mena NP, Medina HL. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Rev Chil Pediatr 2004; 75:67-74.
 11. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. Rev Bras Enferm [internet]. 2010 Apr [citado 16 ago 2020]; 63(2):238-42. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0034-71672010000200011&lng=pt&tlng=pt
 12. Bisquerra R. Psicopedagogía de las emociones. Madrid: Editorial Síntesis; 2009.
 13. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. J Nurs Scholarsh. 2016 Sep 1; 48(5):456-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27351469>
 14. Marrero ML, Grau J. Psicología y Salud Síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. Psicol y Salud [internet]. 2005 [citado 16 ago 20]; 15:25-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/291115103.pdf>
 15. Castaño EF, León Del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal [internet]. Int. J. Psychol. [internet] 2010 [citado 16 ago 2020]; 10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
 16. Pérez MJ, Rodríguez N. Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. Rev Costarric Psicol. 2011; 30(45-46):17-33.
 17. Sheen K, Spiby H, Slade P, Maslach C, Jackson SE, Pastor Montero SM, et al. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. Rev Lat Am Enfermagem [internet] 2011 Dec 1 [citado 16 ago 2020]; 19(6):1405-12. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-11692011000600018&lng=en&tlng=en
 18. Ministerio de salud (MINSAL). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas [internet]. Chile: MINSAL; 2011 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
 19. Taylor SR, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 3ª ed. Barcelona: Paidós, 2000. [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
 20. Martínez AE, Piqueras JA, Inglés CJ. Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés [internet] 2011 [citado 16 ago 2020]; 2(2):99-113. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>
 21. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav [internet] 1981 Apr [citado 16 ago 2020]; 2(2):99-113. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/job.4030020205>
 22. Sheen K, Spiby H, Slade P. The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. Int J Nurs Stud. 2016 Jan 1; 53:61-72.
 23. Montero Pastor SM, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB, Macías Bedoya JM, Pozo Pérez F. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. Rev Paraninfo Digital [internet] 2007 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>
 24. Montero Pastor S, Romero Sánchez J, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén A, Rodríguez Tirado M. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud [internet]. Umamanita 2011 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/2011-Pastor-y-Romero-La-vivencia-de-la-perdida-perinatal-desde-la-perspectiva-de-los-profesionales-de-la-salud.pdf>
 25. Virizuela Echaburu JA, Aires González MM, Duque Amusco A. Intervención familiar en duelo [internet]. Madrid: SEOM; 2013 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo13.pdf>
 26. Guic E, Salas A. El trabajo de duelo. ARS Médica, Revista de estudios médico humanísticos [internet] 2011 [citado 16 ago 2020]; 11:11. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars13.html>

27. García MG. El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional. Madrid: UCM; 2013 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>
28. López G AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. 2010. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31:(109):53-70.
29. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas [internet]. Chile: MINSAL; 2011 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
30. Andre B, Dahlø R, Eilertsen T, Ringdal GI. Culture of silence: Midwives', obstetricians' and nurses' experiences with perinatal death. Clin Nurs Stud. 2016 Nov 29; 4(4).
31. Gandino G, Bernaudo A, Di Fini G, Vanni I, Veglia F. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. J Health Psychol [internet] 2019 Jan 3 [citado 16 ago 2020]; 24(1):65-78. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105317705981>
32. Alghamdi R, Jarrett P. Experiences of student midwives in the

Adecuación de medidas generales para conservar la lactancia: intervención de la matrona en mujer puérpera con mastitis

¹ Désirée Díaz-Jiménez
¹ Ángela Jiménez García
¹ Alicia Martínez Muncio

¹ Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas).
Unidad de Urgencias Gineco-Obstétricas. Hospital de la Mujer. Sevilla.

E-mail: aliciamartinezmuncio@hotmail.es

Fecha de recepción: 14 de febrero de 2020.

Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2020.

Cómo citar este artículo:

Díaz-Jiménez D, Jiménez-García A, Martínez-Muncio A. Adecuación de medidas generales para conservar la lactancia: intervención de la matrona en la mujer puérpera con mastitis. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):46-52.

Resumen

Mediante un caso clínico se evidencian las principales actuaciones de la matrona ante un problema de lactancia materna ineficaz relacionada con mastitis en una mujer puérpera lactante. Se exponen los datos recogidos en la exploración física y valoración según el modelo de Virginia Henderson y se desarrolla un plan de cuidados completo.

A.L. es una mujer primípara que acude a urgencias del hospital presentando clínica de mastitis puerperal. Tras ser atendida por la matrona de triaje, es valorada por el obstetra, que le cursa analítica, pauta antibioterapia y tratamiento antiinflamatorio y le da unas recomendaciones básicas al alta sobre el vaciamiento de las mamas. Es en la consulta de la matrona para la extracción de la analítica donde se le explica a la paciente con detenimiento las medidas generales para mantener la lactancia y se le indica que acuda al día siguiente a un grupo de apoyo en el propio hospital dirigido por matronas para informarse sobre cómo realizar las medidas preventivas concomitantes y así evitar recidivas.

El plan de cuidados realizado ha servido, en este caso, para evitar el abandono precoz de la lactancia materna, mejorando la calidad de vida de madre y bebé. En la valoración final se observa la consecución de los objetivos fijados en el plan de cuidados. De esta forma se considera a la matrona como el personal clave para proporcionar las indicaciones adecuadas para la prevención, manejo y seguimiento de las mastitis puerperales.

Palabras clave: mastitis; lactancia materna; mujer puérpera; matronas.

Abstract

Adaptation of general measures to preserve breastfeeding: Intervention by the midwife in a post-partum woman with mastitis

A case report is used to demonstrate the main actions by the midwife when faced with an issue of lack of efficacy in breastfeeding associated with mastitis in a breastfeeding woman who has recently given birth. The data collected through physical examination are presented, as well as evaluation according to the Virginia Henderson's model; and a complete plan of care is developed.

A.L. is a primiparous woman who attended the Hospital Emergency Unit presenting symptoms of puerperal mastitis. After being seen by the triage midwife, she was assessed by the Obstetrician, who ordered lab tests, prescribed antibiotic therapy and anti-inflammatory treatment, and gave her basic recommendations about breast emptying at discharge. At the midwife consultation for blood extraction, general measures to maintain breastfeeding were explained in detail to the patient, and she was told to attend a support group led by midwives in the same hospital on the following day, in order to get information about how to follow the concomitant preventive measures and thus avoid relapses.

The plan of care prepared has been useful in this case to prevent an early discontinuation of breastfeeding, improving the quality of life of the mother and her baby. It was observed at the final assessment that the objectives established at the plan of care had been achieved. Thus, the midwife is considered the key member of staff to provide the adequate instructions for prevention, management and follow-up of puerperal mastitis.

Key words: mastitis; breastfeeding; puerperal woman; midwives.

Introducción

La mastitis puerperal es la inflamación en el transcurso de la lactancia de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, acompañada o no de infección. Suele ser unilateral y representa una de las principales causas de abandono evitable de la lactancia materna¹. Se produce por la retención de leche, que se considera causa primaria y necesaria, seguida o no de infección o sobrecrecimiento bacteriano posterior, secundaria a la retención de leche y que no siempre ocurre ni es necesaria para el diagnóstico de mastitis. Se da aproximadamente en el 10% de las lactancias².

Todos aquellos factores que favorezcan un vaciado insuficiente del pecho van a provocar una retención de leche y consecuentemente una posible mastitis: separación entre la madre y el recién nacido en las primeras 24 horas de vida, horario de tomas rígido, tomas poco frecuentes, agarre inadecuado del lactante con extracción ineficaz de la leche, interrupción de una toma con separación brusca entre tomas, que uno de los pechos sea menos preferido para amamantar, destete rápido, obstrucción de los conductos lácteos, bloqueo de poro en el pezón (perla, ampolla de leche, mancha blanca del pezón), presión sobre el pecho por el sujetador, cinturón de seguridad del coche o dormir en decúbito son algunos de los factores predisponentes a la mastitis puerperal³.

El agarre inadecuado puede deberse a la falta de información o al asesoramiento deficitario que recibe la madre antes y después de dar a luz. También a la confusión del lactante por uso de chupete o suplementos con tetinas, posturas inadecuadas, pezón invertido o desproporcionado, prematuridad, enfermedad del bebé que curse con hipotonía, así como anquiloglosia³.

Dentro del tratamiento, además de la terapia antibiótica y la analgésica con antiinflamatorios, es fundamental el correcto asesoramiento de la mujer por parte de la matrona o médico que la atienda sobre las medidas generales para mantener la lactancia, así como la realización del correcto vaciamiento del pecho^{4,5}. Los grupos de lactancia materna suponen una herramienta clave para el mantenimiento de la lactancia y el correcto manejo de complicaciones como la mastitis puerperal, por lo que su fomento se ha convertido en uno de los pasos recomendados por la IHAN en hospitales y centros de salud. De esta forma es necesario que el profesional sanitario los conozca y oferte siempre que tenga oportunidad⁶.

Dada la relevancia que adquiere la prevención o el establecimiento de medidas generales como tratamiento concomitante a la antibioterapia para la resolución óptima de las mastitis y su consecutivo mantenimiento de la lactancia materna, se expone un caso clínico donde se refleja el papel de la matrona como profesional clave en todo el proceso relacionado con la lactancia materna, y la necesidad de

conocimiento en la materia de todo profesional que atiende a mujeres puerperas lactantes dentro del marco sanitario tanto hospitalario como en Atención Primaria para la detección precoz de las mastitis, tratamiento con antibioterapia y medidas generales como factores fundamentales para un entendimiento y aceptación positiva en una lactancia materna exclusiva exitosa.

Desarrollo

Sra. A.L, 36 años, primípara acude a urgencias del Hospital de la Mujer (Sevilla) el séptimo día de postparto aludiendo mastalgia en ambos senos, signos inflamatorios locales en mama derecha asociado a síntomas sistémicos leve con fiebre de 37,7 °C e inhabilitación para alimentar a su bebé en dicha mama a causa del dolor intenso durante el proceso de amamantamiento.

Valoración general

Tras acudir a urgencias del Hospital de la Mujer el séptimo día postparto, la mujer puerpera es valorada en primera instancia por la matrona de triaje, la cual hace constar en la anamnesis una mala técnica de amamantamiento tras leve evaluación. Esta le hace hincapié que tras la valoración con el obstetra, si se constata diagnóstico de mastitis, ha de acudir a la sala de lactario del hospital.

En la consulta de urgencias del obstetra, tras confirmar la clínica con un examen físico de la mama, síntoma sistémico (febrícula) y solicitud de analítica, la mujer puerpera es diagnosticada de mastitis con tratamiento empírico con antibioterapia (por sintomatología persistente más de 48 horas) y analgesia/antiinflamatorios para paliar el dolor y facilitar la eyección de leche al disminuir la inflamación. En las recomendaciones al alta se indica realizar vaciado completo y óptimo de ambas mamas.

Antes de abandonar el hospital, la matrona de urgencias que extrae la analítica pertinente (la cual le indicarán los resultados a la paciente por vía telefónica), se cerciora si el obstetra que ha derivado al alta a la paciente le ha indicado la técnica óptima de vaciado de la mama, si ha hecho alusión a las medidas generales para mantener la lactancia o si le indicado algún grupo de apoyo o de referencia donde acudir para informarse sobre cómo llevar a cabo estas medidas preventivas concomitantes a la antibioterapia para prevenir posibles complicaciones y tratar la mastitis. Frente a la respuesta negativa de la paciente, la matrona señala y aconseja acudir al día siguiente con su bebé a la sala de lactario en la primera planta del Hospital de la Mujer para que las matronas que trabajan allí atiendan a la mujer puerpera y le ayuden con las medidas preventivas y las técnicas para una correcta lactancia materna.

Datos a considerar: la paciente acude a urgencias del Hospital de la Mujer tras referir una demora de ocho días para obtención de cita con su médico o matrona de Atención Primaria. La mujer púérpera es derivada a la sala de lactario gracias a la atención e interés por el buen trabajo de las matronas que atendieron a la paciente en la unidad de urgencias del hospital.

Valoración de la mujer púérpera

Para establecer un adecuado plan de cuidados se desarrolló una valoración completa, a partir de la recogida de datos y valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson. Los cuidados establecidos por la matrona encargada de la paciente tales como: valoración, diagnósticos, intervenciones, resultados y plan de cuidado son desarrollados en planta, sala de lactario.

Embarazo controlado y de bajo riesgo. Acudió a Educación Maternal.

- Parto eutócico, periné con desgarro de grado II. Recién nacido a término: mujer, Apgar 9-10, 3,530 kilogramos de peso. Puerperio sin hallazgos aparentes. Inicio de lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia materna en planta: asesoramiento en lactancia materna, lactancia materna exclusiva y exitosa al alta.
- Exploración física: inflamación local en mama derecha. La mujer púérpera refiere dolor punzante y sensación de quemazón durante el amamantamiento. Ingurgitación en ambos senos. Signos inflamatorios en mama derecha tales como rubor y dolor a la palpación. No galactorrea.
- Observación de una toma: mala técnica de lactancia, agarre superficial con menor transferencia de leche y vaciamiento completo de la mama. Se descarta síndrome de Raynaud del pezón y anomalías anatómicas en el bebé (anquiloglosia, micrognatia). La mujer refiere tomas prolongadas, chasquidos y poca saciedad del bebé.

Valoración de enfermería

Recogida de datos según el modelo Virginia Henderson (Necesidades fundamentales) (Tabla 1).

Plan de cuidados

En la Tabla 2 se recogen los principales resultados derivados del presente caso clínico: etiqueta diagnóstica, planificación de los cuidados y seguimiento/evaluación tras su ejecución, elaborados según taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, NIC, NOC).

La matrona de la sala de lactario prioriza entre los problemas existentes y actúa inicialmente sobre el manejo del dolor, asesorándola y apoyándola. Se llevan a cabo procedimientos para su alivio y se toman medidas estándares que eviten

las complicaciones potenciales que puedan producirse como una complicación de la mastitis o el abandono de la lactancia.

Para ello se realiza educación principalmente en medidas generales para el mantenimiento de la lactancia tales como: apoyo emocional para afrontar el dolor y el temor al amamantamiento, uso de sujetador de presión óptima, evitar ropas ajustadas y posturas que compriman el pecho, aplicación de calor local brevemente antes de las tomas y compresas frías tras las tomas para reducción del edema y dolor, alimentación e hidratación adecuada y descanso. Para asegurar el adecuado vaciado del pecho se indican tomas frecuentes, iniciando la toma por el pecho afecto o en su defecto extracción manual o con extractor tras la toma si el vaciado es incompleto, favorecer la salida de la leche acantonada, posicionando la barbilla del lactante sobre la zona afectada y ofrecer el pecho a demanda. Además se realiza educación maternal sobre extracción de leche manual, exploración de la mama e identificación de estasis de leche, ingurgitación e inflamación. Se hace alusión a una buena técnica de amamantamiento con posición óptima para el binomio madre-hijo al amamantar, con bebé enfrentado y pegado al cuerpo de la madre y buen agarre del pecho, introduciendo gran parte de la areola en la boca del bebé.

Antes del alta la matrona se cerciora en varias ocasiones que las tomas son adecuadas, que la mujer púérpera ha comprendido toda la información y consejos dados y se indican varios grupos de apoyo a la lactancia materna cercanos a la zona residencial de la mujer púérpera. Se cita a las 48 horas tras inicio de tratamiento empírico y medidas generales adecuadas, siendo la situación favorable en su evolución.

Resultados

Se efectúa una nueva evaluación de la madre a los tres meses tras el alta. Se valora la consecución de los indicadores asociados a los resultados NOC (Tabla 2).

En la valoración se observa que la madre ha mejorado sus habilidades para adoptar una postura adecuada en la que no presenta dolor, el agarre del bebé es correcto, con signos de transferencia de leche. El peso del bebé ha ido aumentando de forma adecuada en relación con tiempo de vida. La madre ha aprendido a identificar los signos de mastitis y no refiere haberlos presentado durante el periodo.

El resultado es que el plan de cuidados individualizado a este caso ha servido para mejorar la calidad de vida de la mujer, evitando un abandono precoz de la lactancia y consiguiendo una lactancia exitosa y satisfactoria, con los beneficios que eso supone para la madre y el recién nacido¹⁰, como la prevención de determinadas enfermedades en ambos y mejora del vínculo madre-bebé.

Tabla 1. Modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson**Valoración de enfermería: recogida de datos según el modelo de Virginia Henderson**

1º	Respirar normalmente. Manifestaciones (m) de independencia: exfumadora de hace más de cinco años. Respira sin dificultad; m. dependencia no se observan
2º	Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: dieta variada. Ingesta de líquidos abundante. No sustancias tóxicas; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: reconoce la importancia de nutrirse e hidratarse adecuadamente durante el periodo de lactancia materna
3º	Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia: polaquiuria; m. dependencia: no se observan
4º	Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: realiza ejercicios para recuperar el tono muscular de la zona abdominal y perineal; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: manifiesta fatiga durante el desarrollo de actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) debido a la falta de sueño por la demanda nocturna del recién nacido
5º	Dormir y descansar. M. de independencia: descanso intermitente por las tomas a demanda del lactante. Insomnio de conciliación; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: sueño no reparador
6º	Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: utiliza sujetadores de contención para disminuir el dolor de los senos
7º	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan
8º	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas. Dolor localizado en mamas, escala EVA 8. Presencia de ingurgitación en mama derecha. Desgarro perineal cicatrizado y en buen estado; m. dependencia: no se observan
9º	Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan
10º	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: no se observan; m. de dependencia: cuenta con el apoyo, para el cuidado del recién nacido, de su pareja y su madre aunque se muestra temerosa verbalizando no poder conseguir una lactancia materna exclusiva. Refiere sentirse sola en lo que se refiere a la alimentación de su bebé con lactancia materna exclusiva; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: labilidad emocional e irritabilidad
11º	Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: se encuentra acompañada por su pareja en todo momento, el cual se muestra muy pendiente de ella. A pesar de ello, está preocupada por la alimentación del recién nacido. Refiere un gran esfuerzo cada vez que alimenta al bebé; m. dependencia: no se observan; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: confía plenamente que la lactancia materna es la mejor alimentación para su bebé
12º	Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de independencia: se muestra feliz y motivada con la llegada del recién nacido; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: actualmente permanece de baja por maternidad. Trabaja de farmacéutica
13º	Participar en actividades recreativas. M. de independencia: ha acudido en una ocasión a un grupo de apoyo a la lactancia; m. dependencia: no se observan
14º	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: muestra mucho interés e implicación ante todo lo explicado y expuesto por la matrona, presenta buena disposición para llevar a cabo los consejos de los profesionales que le atienden; m. de dependencia: manifiesta sus dudas acerca de todo cuanto le preocupa sobre la alimentación correcta y adecuada para su recién nacido

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Diagnósticos NANDA¹ con los correspondientes NOC², NIC³ y actividades realizadas

00104 Lactancia Materna ineficaz relacionado con (r/c) dolor en mamas secundario a mastitis aguda e ingurgitación mamaria, manifestado por (m/p) desagrado y dificultad con el proceso de amamantamiento experimentado

RESULTADO NOC				INTERVENCIÓN NIC
Indicador	Valor inicial*	Valor final*	Evaluación/seguimiento	
1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante				5244 Asesoramiento en la lactancia: <ul style="list-style-type: none"> • Corregir conceptos equivocados, mala información acerca de la lactancia materna • Instruir sobre los signos del lactante de hambre • Ayudar a asegurar que la boca del lactante se sujeta bien a la mama abarcando la areola • Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia
100001 Alineación y unión adecuadas	2	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	
100002 Sujeción areolar adecuada	2	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	
1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre				1400 Manejo del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Explorar con la puerpera los factores que alivian/empeoran el dolor • Animar a la mujer puerpera a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia • Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso, como analgésicos o cambios posturales del binomio madre-hijo
100101 Comodidad de la posición durante la alimentación	2	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	
100102 Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de "C"	1	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	
100107 Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho	2	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	
100118 Satisfacción con el proceso de lactancia	1	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	
1002 Mantenimiento de la lactancia materna				5270 Apoyo emocional: <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la mujer puerpera a expresar sus sentimientos • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias de la mujer puerpera
100201 Crecimiento del lactante dentro del rango normal	3	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta un mes y medio <i>a posteriori</i>	
100215 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna	1	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	

Tabla 2. Diagnósticos NANDA⁷ con los correspondientes NOC⁸, NIC⁹ y actividades realizadas (continuación)

RESULTADO NOC				INTERVENCIÓN NIC
Indicador	Valor Inicial*	Valor final*	Evaluación/seguimiento	
00132 Dolor agudo r/c proceso de amamantamiento m/p conducta expresiva de agitación e irritabilidad				
1605 Control del dolor				1400 Manejo del dolor agudo:
160501 Reconoce factores causales	3	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la mujer púérpera alivio del dolor óptimo, en este caso estableciendo una buena higiene postural al amamantar
160508 Utiliza los recursos disponibles	3	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua

Antes del alta se recuerdan a la madre las medidas generales de actuación en el tratamiento de la mastitis^{6,11}:

- Mantener la lactancia, ya que la succión es la medida más efectiva para el vaciado del pecho, lo cual es fundamental para el tratamiento de la mastitis¹². Asegurar que el pecho ha quedado drenado tras la toma.
- Apoyo emocional.
- Adecuada nutrición, hidratación y reposo.
- Usar sujetador no apretado.
- Se puede evaluar aplicar calor local brevemente antes de las tomas y compresas frías después para reducir el edema y el dolor.

Si tras 24 horas de sintomatología, ante síntomas graves o si los síntomas empeoran tras las medidas generales, estaría indicado el inicio de tratamiento antibiótico¹¹. Este se asociará a antiinflamatorios si fuera necesario.

Se anima a la mujer púérpera a seguir asistiendo a los grupos de apoyo a la lactancia materna, ya que suponen una importante iniciativa de promoción de la salud mediante soporte emocional a las madres y promoción de hábitos saludables, mejorando la calidad de vida de madres y bebés¹³.

Discusión

Las mastitis son un problema con una marcada prevalencia en las mujeres púerperas y supone una de las razones

principales de abandono no deseado de la lactancia materna.

Habitualmente los profesionales no están actualizados en el tratamiento de las mastitis y poco familiarizados con la lactancia materna, lo que se traduce en manejo erróneo de dicha patología y malas recomendaciones en cuanto al tratamiento no farmacológico. El resultado final será un abandono precoz de la lactancia.

Las medidas generales asociadas a un tratamiento antibiótico adecuado resultan fundamentales para una adecuada resolución de las mastitis puerperales. En este caso, la matrona se considera el personal clave en la prevención, manejo y seguimiento de esta patología. Así se evitarán abandonos precoces de la lactancia.

Como medida preventiva se insistirá en los grupos de preparación al parto y postparto en los signos de alarma ante los cuales se debería consultar a un profesional.

Para un adecuado manejo y seguimiento se insistirá a los profesionales de Atención Primaria y urgencias ginecológicas que diagnostiquen una mastitis y otros problemas relacionados con la lactancia materna, la derivación de la mujer a la consulta de la matrona y a los grupos de apoyo a la lactancia.

Estos grupos han demostrado ser una gran ayuda a las madres lactantes, ya que se pueden ver reflejadas en otras madres con vivencias similares, resolver sus dudas y servirse de soporte emocional, tan necesario en el postparto.

Agradecimientos

El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la mujer gestante dentro del Marco Sanitario del Hospital de la Mujer de Sevilla. Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mastitis: causas y manejo [internet]. Ginebra: WHO/FCH/CAH; 2000 [citado 16 ago 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66925/1/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf
2. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol 4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med.* [internet] 2014 [citado 16 ago 2020]; 9(5):239-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048576/pdf/bfm.2014.9984.pdf>
3. Lawrence R, Lawrence R. *Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession* 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
4. Baeza C. Dolor en la mama lactante: claves etiológicas y manejo clínico (I). En: *Monografías Clínicas en Lactancia Materna* 1. Madrid: Centro Raíces; 2015. p. 3-13.
5. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28; (2):CD005458.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA*, 2017.
7. Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM (eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
10. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* [internet]. 2017 [citado 16 ago 2020]; 88(1):07-14.
11. Espínola Docio B, Costa Romero M, Díaz Gómez NM, Paricio Talayero JM; Comité de Lactancia Materna, Asociación Española de Pediatría. Mastitis. Puesta al día. *Arch Argent Pediatr.* 2016 Dec 1; 114(6):576-84.
12. Baeza C. Acute, subclinical and subacute mastitis: definitions, etiology, and clinical management. *Clinical Lactation.* 2016; 7(1).
13. Sebastián Vicente MP. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. *DILEMATA, revista internacional de éticas aplicadas.* 2017; 25:227-38.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Acusaciones y pretensiones de los ginecólogos por el control de las unidades docentes de matronas

En esta misma sección, en la revista de enero de 2016, N° 1 Volumen 4, hablamos del cierre de las antiguas Escuelas de matronas y la deshonra que sufrió España cuando además fue condenada por el Tribunal Europeo por no adecuar en tiempo y forma a las normativas comunitarias el programa formativo. De este previsible futuro, me refiero al cierre, hacía tiempo que la entonces Asociación Nacional de Matronas (hoy AEM) venía advirtiendo al respecto a los organismos competentes e instándoles a restaurar la formación de las matronas. Sin embargo, la inacción fue la respuesta de los que realmente tenían la responsabilidad y la potestad para enmendar una situación de extrema urgencia, dada la gravedad, que pudiera ocasionar la suspensión de la formación de matronas, hecho que desgraciadamente se materializó. Durante décadas el Sistema Nacional de Salud y las propias matronas hemos podido comprobar y sufrir el resultado de la prolongada carencia de nuevas matronas, más de una década, sumada a la ya deficitaria plantilla. La Asociación Nacional de Matronas adelantándose a la situación previsible, el cierre, con el apoyo de los dictámenes del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) N°331/66, Informe F.I.G.O e Informe ICM 1972, elaboró y presentó en 1981 un proyecto de creación de Escuelas Universitarias de Matronas a los respectivos ministerios interesados, sin que el plan fuera atendido por estos organismos competentes.

Octubre de 1987 fue el mes en el que definitivamente se cerraron las escuelas, y desde este momento hasta el inicio de la formación de la primera promoción de EIR (Matronas) con el nuevo programa formativo (1994) hubieron de pasar años y mucha lucha por parte del grupo de matronas representantes de los diferentes ámbitos profesionales y liderado por la Asociación Nacional de Matronas (AEM). El detalle de las vicisitudes administrativas del proceso, la deshonrosa pero justa sentencia del Tribunal Europeo al gobierno de España, sentencia condenatoria que por cierto supuso para España ostentar "el dudoso honor" de ser el primer país comunitario condenado por el Tribunal de Justicia de Luxemburgo, se explica en el artículo anterior, citado al

inicio de este. En el presente artículo queremos destacar la "confabulación" que los ginecólogos jefes de servicio de varios hospitales urdieron para abortar este proyecto. Bajo el título "En la nueva Escuela de La Paz ningún ginecólogo dará clases prácticas" la edición del día 17/4/1994 publicaba las acusaciones y pretensiones de los ginecólogos por el control de las Unidades Docentes (UD), porque aunque se estuvieran refiriendo a la de Madrid, una del primer bloque de UDM acreditadas y autorizadas para su apertura, no se limitaba a esta obviamente, sino a toda la red.

Es lógico pensar, como de hecho pasó, que en todo este tiempo los ginecólogos no se preocuparon en absoluto del devenir de las matronas, sino de su control y el de la profesión que, desde la tardía irrupción de estos en el campo médico y apropiación ignominiosa del campo de actuación de las matronas, quedó relegada a subalterna y complementaria de la labor de los ginecólogos en el terreno obstétrico.

La decidida apuesta de las matronas por resolver este problema y tomar el control de la formación de sus iguales en este nuevo programa formativo, no solo en la habitual formación práctica, supuso un desafío a esta parte de la "clase médica", que bajo su rol dominante ha ejercido, y lo sigue haciendo, un poder podríamos denominarlo "tirano" sobre el resto de profesiones médicas e incluso con la sociedad. Aunque hay versadas voces que opinan que el contenido de la profesión médica no tiene uniformemente un carácter tan confiable científicamente como para justificar su exigencia de autonomía para todo el contenido de su trabajo, la han mantenido siempre e incluso la subordinación y control del resto de las profesiones médicas.

Con las matronas, a las que veían justamente como rivales profesionales de sus intereses los que han llegado a ser gineco-obstetras, esta realidad se fue afianzando fácilmente en aras de una discriminación por cuestión de género, ejercida con ensañamiento por los hombres desde el momento en que se propusieron el acceso al estatus médico a través de la conquista del terreno de la salud de la mujer.



El desarrollo e implementación del nuevo plan formativo bajo la dirección de las matronas se tradujo en una serie de descalificaciones y reclamaciones por parte de los ginecólogos, que han quedado en la memoria de aquellas matronas, "punta de lanza", para conseguir este logro. Los que hemos podido contactar con estas colegas afirmamos que todos sus comentarios son coincidentes y muy reales; incluso si hubiera lectoras/es escépticas/os que se atrevieran a pensar que la selección de estos hechos relevantes vividos, como son contados hoy por las protagonistas, es fruto de un proceso de estructuración e interpretación personal, lo que conocemos como realidad percibida, tenemos la constancia de los hechos en hemeroteca, donde se resguarda y conserva la memoria de los acontecimientos y las pruebas de los hechos tal y como sucedieron.

La prueba al respecto la tenemos del periódico *Abc*, diario decano de la prensa española, en el artículo del domingo 17 de abril de 1994, que bajo el título "En la nueva Escuela de

Matronas de La Paz ningún ginecólogo dará clases prácticas", pasa a desarrollar en el cuerpo de la noticia lo anticipado en el *lead*, con la siguiente pregunta "¿Se imaginan una escuela de matronas en la que no haya un solo ginecólogo para enseñar a las alumnas a asistir los partos y supervisarlos?". Ni con benevolencia, los que conocemos los intrínquilos del gremio de ginecólogos podríamos atribuirles un pecado de omisión al hacer esta afirmación, porque las matronas siempre fueron las instructoras tanto de sus futuras colegas como de los futuros ginecólogos, pero engañando y atemorizando a la población pretendían asestar su primer golpe de efecto, porque cierto es que el temor ha sido siempre, si no el más, uno de los más fieles aliados del poder. Es fácil adivinar que estaban "envolviendo con artificios engañosos" su afán protagonista, su intención de mantener su poder de control porque la autorización de las matronas para la asistencia a los partos normales estaba reglada incluso por normativas europeas y era competencia de las matronas atender de forma autónoma los partos normales (85% de los mismos).

DÓMINGO 17-4-1994 SANIDAD ABC Pág. 69

En la nueva Escuela de Matronas de La Paz ningún ginecólogo dará clases prácticas

Los jefes de Obstetricia de Madrid escriben a la ministra protestando

Madrid. Felipe Jiménez

Los más prestigiosos jefes de Ginecología de Madrid han denunciado que la Escuela de Matronas que se acaba de inaugurar en el Hospital La Paz, así como las próximas que se abrirán, carecen del debido rigor en la formación de estas profesionales, al darse la paradoja de que no hay ni un solo médico ginecólogo como profesor de clases prácticas. De esta forma, las aspirantes a matronas atenderán partos sin la supervisión de un médico,

¿Se imaginan una Escuela de Matronas en la que no haya un sólo ginecólogo para enseñar a las alumnas a asistir los partos y para supervisarlos? Los ginecólogos están indignados ante esta nueva filosofía del Insalud, que no cesa de recibir críticas por la Escuela de Matronas que acaba de inaugurar en La Paz. Primero fue el Consejo General de Enfermería, protestando porque se creara a espaldas del Comité Asesor de Especialidades. Ahora es la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que denuncia que los alumnos de la Escuela de Matronas asistirán partos sin la supervisión de ningún médico. El secretario de la Sociedad Española de Ginecología, doctor Rafael Botín, también vicepresidente del Colegio Médico de Madrid, ha indicado que el Insalud, para poner en marcha su primera Escuela de Matronas, «ha ignorado



Rafael Botín

and despreciado a todo el profesorado universitario de las Facultades de Medicina, de las plantillas hospitalarias y de las Sociedades Científicas. Sólo hay dos ginecólogos en toda la carrera de matrona, y eso para impartir una parte de una de las asignaturas».

El presidente de la Sociedad, doctor José Zamarego, afirmó a ABC que «el plan de estudios es algo demencial. Por ejemplo, dedica 80 horas teóricas al "puerperio", es decir la fase posterior al parto, y 90 horas a Embriología, cuando en el programa MIR no se dedica más de una hora y media en total».

Los jefes de Ginecología de los hospitales La Paz (José Antonio Usandizaga), Clínico (Manuel Escudero), Doce de Octubre (Pedro de la Fuente), Santa Cristina (José Zamarego), Getafe (José Bajo), Leganés (Javier Martínez-Salmeán) y Móstoles (Javier Cerrolaza) han enviado una carta de protesta a la ministra en la que señalan lo siguiente: «La enseñanza práctica queda confiada solamente a profesionales de Enfermería. Es decir, que los alumnos de la Escuela de Matronas atenderán partos sin la supervisión de ningún médico. En una estructura jerarquizada, como son los hospitales del Insalud, esta ignorancia debe ser calificada de

• **Las alumnas asistirán en los partos a las pacientes sin la supervisión del médico**

extraordinariamente grave. Hemos decidido ante el carácter indeclinable de nuestra responsabilidad como facultativos especialistas, no aceptar que tengan lugar dichas enseñanzas prácticas con pacientes, si no es bajo nuestro conocimiento y definitivo control, en tanto no se tenga un escrito en el que la Gerencia asuma la responsabilidad médica, jurídica y penal que se derive de la actuación de dichos alumnos».

«Queremos dejar constancia explícita de nuestra mejor disposición de colaboración, imprescindible para la formación de las futuras matronas. Estimamos que el diseño del perfil de la matrona del futuro, la elaboración de los programas teórico y práctico, y su impartición, debe realizarse conjuntamente entre cualificados profesionales de Enfermería y especialistas en Obstetricia y Ginecología».

Según ha podido saber este periódico, los firmantes de esta carta han sido citados para que acudan mañana al Ministerio de Sanidad «para dialogar sobre el tema». Los especialistas confían en que los responsables del Insalud rectifiquen, y que las prácticas sean realizadas por los aspirantes a matronas con la supervisión de facultativos especialistas.

□ «The Medical Journal of Australia» publica el caso de una enfermera que contrajo el virus de la hepatitis B después de que un paciente la escupiera en el ojo. Este sería el primer caso registrado de transmisión de la hepatitis B a través de la citada vía.



Continúa la noticia con el mismo tono de presión alegando nuevamente la falta de la supervisión médica, criticando abiertamente el programa y el hecho de que sean mayoritariamente las matronas quienes también lo impartan. En un alarde final aludiendo a la estructura jerarquizada del entonces INSALUD tachan de "ignorancia grave" la decisión de permitir a las matronas la elaboración del programa, y por añadidura, confiarles la tutela de la formación, aunque estos eran los pretextos para encubrir su extremo malestar por pasar a ser meros colaboradores, algo que sin duda dañaba fuertemente su innato egocentrismo siempre unido a sus aspiraciones de poder.

Resulta cuando menos bochornoso "el pulso" que los ginecólogos le echan a la Administración en su arrogante, irrespetuoso y desafiante discurso cuando dicen "*hemos decidido ante el carácter indeclinable de nuestra responsabilidad como facultativos especialistas, no aceptar que tengan lugar dichas enseñanzas prácticas con pacientes, si no es bajo nuestro conocimiento y definitivo control en tanto no se tenga un escrito en que la gerencia asuma la responsabilidad médica, jurídica y penal que se derive de la actuación de dichos alumnos*". De hecho esto se materializó prohibiendo el acceso a los paritorios a nuestras residentes en algunos hospitales.

Afortunadamente el Ministerio de Sanidad, a la cabeza la ministra Ángeles Amador, y el extinto INSALUD no cedieron a este vil chantaje. Chantaje que no fue el único, por cierto, porque hasta el propio Consejo General de Enfermería, incomprensiblemente, puso sus zancadillas a este costoso proyecto (por el solo hecho de que no salieron adelante otras especialidades de nueva creación) al que el grupo de matronas liderado por la Asociación Nacional de Matronas, al frente M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, dedicó los mayores esfuerzos, por otra parte justificados, porque más de treinta años después de su redacción sigue estando actualizado y abarca todos los aspectos necesarios para una de las más completas formaciones de matronas en el mundo.



Archivo Asociación Española de Matronas.
Diario Médico 29/06/1994

Conclusión: las matronas, primera profesión autónoma de las mujeres, han tenido que pagar un gravamen demasiado alto por razones de género. El incidente de las UUD es una muestra más de todas las sufridas a lo largo de la historia y en particular desde el siglo XVIII.

Pueden consultar la noticia completa en hemeroteca *Abc* o a través del *link* de la noticia en la web de la Asociación Española de Matronas: Quiénes somos-Archivo histórico-Noticias hemeroteca.

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

Amplio catálogo de cursos

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



aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

AGENDA

XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM



Considerando la AEM la situación en España frente a la epidemia del coronavirus COVID-19, en marzo de este año, decidió posponer, como ya se ha informado en el número anterior, su XX congreso para las fechas 22,23 y 24 de octubre, en las que previsiblemente, como ya estamos viviendo desde hace tiempo, sigamos en este estado de "nueva normalidad ". La organización, aceptando la responsabilidad, hará el esfuerzo máximo de adaptar el evento a la normativa marcada por la Comunidad Valenciana para que este congreso pospuesto, como tantos otros, se desarrolle con la máxima seguridad para todos los asistentes.

Pocos pondrán en duda la utilidad de la formación *online* que en estos últimos meses, si cabe, se ha posicionado aún más como una herramienta y un complemento eficaz y presente en el sistema educativo y en sus alternativas. Sin embargo, creemos que la formación presencial facilita no solo la socialización y los contactos que pueden ser muy útiles en nuestro

futuro profesional (el conocido *networking*), sino que además ofrece una perspectiva más directa a través de la comunicación no verbal del profesor, favoreciendo la motivación del alumnado. Por otra parte, evita la falta de comunicación tanto en la relación profesor-alumno como en la relación entre el mismo alumnado, evitando el empobrecimiento del intercambio directo de experiencias como parte significativa o complementaria a la formación académica, e incluso solventa la falta de motivación que aumenta las posibilidades de abandono, o desmotivación de muchas personas que intentan la formación *online*.

Por todo ello, y porque las personas este año más que nunca necesitan salir de sus ambientes, de su actividad habitual, relacionarse con otros colegas y amigos, la AEM seguirá trabajando porque este congreso satisfaga las expectativas de todos los congresistas que finalmente se desplacen a la maravillosa ciudad de Alicante para participar en el mismo.

La AEM frente a la pandemia COVID-19

En el año 2008 la AEM, única entidad representativa de matronas, fue convocada por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), junto con otras entidades científicas, para la elaboración del Plan Nacional de Sangre de Cordón (PNSCU) con el objetivo básico de alcanzar 60.000 unidades de sangre de cordón umbilical (SCU) de alta calidad en un periodo de seis/ocho años. En aquel momento se disponía en España de unas 28.000 unidades de SCU almacenadas, se realizaban en nuestro país cerca de 100 trasplantes anuales con SCU y el empleo de la SCU como fuente de progenitores en el ámbito mundial crecía exponencialmente en los países más desarrollados.

Nuevamente en octubre de 2018 fuimos convocadas las sociedades científicas para la elaboración de un nuevo plan cuyos objetivos y acciones estratégicas formaran parte de la Estrategia Nacional de Trasplante Hematopoyético 2020-2025, aprobada el 3 de julio

de 2019 por la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Dicha Estrategia Nacional constituye un programa global donde se integran otros proyectos con objetivos convergentes, como el Plan Nacional de Médula Ósea, el desarrollo de la Terapia Celular (TerCel), acciones de formación y divulgación, así como planes de calidad e información, a desarrollar junto con el Plan de SCU durante el periodo 2020-2025.

Después de todo el trabajado de grupos, consenso y lectura pública, el Plan Nacional de Sangre 2020-2025 fue aprobado en la reunión de la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión del 31 de marzo de 2020.

El documento definitivo está disponible en el siguiente enlace: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Tejidos,PHy-Celulas.aspx>

Nuevo capítulo COVID-19 en *Los consejos de tu matrona*

La Asociación Española de Matronas (AEM) acaba de incorporar un nuevo capítulo en su publicación *Los Consejos de tu matrona*, sobre la COVID19, en función de la evidencia científica disponible hasta el momento.

La AEM ha asumido que en este momento difícil, especialmente para las mujeres embarazadas, esta guía para el embarazo, parto, puerperio y crianza seguirá siendo de gran ayuda para todas y una herramienta de apoyo para la consulta de la matrona.

En diciembre de 2019 informábamos a las matronas de una noticia especialmente dolorosa para la AEM, porque no solo una nueva empresa quebraba en España, y consecuentemente todos sus trabajadores se veían avocados a engrosar las listas del paro, sino que además, la AEM sentía que no era una empresa más la que pasaba a engrosar la alta cifra de "mortalidad

empresarial" en nuestro país, porque para la AEM la tenía en alta consideración y estima tras más de 20 años de colaboración. La mencionada empresa era Present Service, filial española de un grupo de empresas europeas especializadas en servicios de marketing directo hacia familias jóvenes desde hace más de 50 años (en España desde 1986), desde 2012 utiliza la marca LetsFamily para la comercialización de sus productos.

En España enviaban al año más de 900.000 canastillas, junto con el libro de *Los Consejos de tu Matrona*.

Hace más de 20 años, la AEM detectó la necesidad de empoderar a las mujeres informando y formándolas para todo su proceso de gestación-parto-puerperio, además en un momento en que apenas había información de calidad y disponible y su objetivo, el de llegar a todas las mujeres de España, rozaba la utopía.

Sin embargo, las gestiones de la AEM le llevaron a contactar con esta empresa que de inmediato vio el potencial indiscutible del libro de los consejos y, como compañía cuya aspiración era conseguir llegar a ser referente en el sector infantil y familiar, puso todo el interés en este proyecto tan importante de la asociación. De este modo comenzó la distribución ininterrumpida durante estos más de 20 años de *Los Consejos de tu Matrona*, que sin duda fue un hito en la relación de las matronas con las mujeres y de una utilidad incontestable.

En 1981 la OMS y UNICEF lanzaron el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en un intento de que la población mundial retornara a las buenas prácticas de la lactancia materna por décadas abandonada, y entre otras de las cosas que aprobó ese código era la prohibición por completo de cualquier tipo de promoción de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas en los servicios de salud.

En España la comercialización de sucedáneos de la leche materna está regulada por el Real Decreto 867/2008, regulando únicamente las fórmulas de inicio y de continuación. Obviamente este decreto, y el énfasis que España puso en la promoción de la lactancia materna, hizo necesario sacar de las canastillas, y del propio libro de los consejos, cualquier publicidad referida a alimentación artificial y otro tipo de productos como alimentos destinados a la alimentación complementaria. Sin embargo, las posturas se fueron radicalizando al respecto, y ni biberones, tetinas y chupetes, que sí están incluidos en el Código, aunque no en el decreto español, fueron objeto de exclusión. Present Service cumplió estas normas, a pesar de lo cual empezaron a sufrir de forma ostensible a partir del 2008 el veto en muchas maternidades y centros de salud, inexplicablemente, porque las canastillas ya no llevaban nada que infringiera la norma impuesta, y para colmo, impedían la distribución del libro de *Los consejos de tu matrona* que iba en su interior.

Esta situación finalmente se ha hecho insostenible y ha supuesto la quiebra de esta empresa con unos cuantos trabajadores que han pasado a engrosar irremisiblemente las listas del paro a partir del 20 de diciembre de 2019; de rebote, un gran perjuicio para la AEM porque tiene de destinar de momento fondos para los envíos de las guías que aún quedan en depósito y ver si encuentra otros patrocinadores solventes que garanticen la edición y distribución como hasta ahora;

pero calibramos mayor incluso el perjuicio para las mujeres a quienes iba destinada esta información y para las matronas que tenían un recurso estupendo para sus mujeres además de representar el mejor marketing para la profesión.

Era una necesidad promover la lactancia materna, y nada mejor que tratar de hacerlo informando a las mujeres y a la opinión pública en general, pero no pensamos que ello incluyera estigmatizar a las madres que no eligieran la lactancia materna y prácticamente criminalizar a las empresas de alimentación infantil y relacionadas. Es más, se ha demostrado que el impacto de la publicidad en la decisión de cambiar la lactancia materna a la artificial es "insignificante" y que la decisión de alimentar con biberón es una "decisión pragmática basada en circunstancias personales".

El uso de biberones, tetinas y chupetes es tan antiguo como la humanidad, porque dificultades con la lactancia las ha habido siempre; entonces no podríamos atribuirle el hecho a la leche artificial que llegó en el siglo XX. Existieron y existen dificultades con la lactancia que necesitan ser solventadas, y por encima de esto, decisiones que debieran ser libres y respetadas absolutamente.

No son buenos los "prohibicionismos" negando la libertad de elección de las personas, lo mismo que admitir las voces de los extremos radicales que se erigen en portavoces, en este caso de todas las mujeres cuando solo representan a su grupo o acaso una corriente y sus convicciones.

Tampoco es ético ni justo no dar valor al esfuerzo de los demás materializado en cosas que lo tienen como es el caso de matronas, que ni se han cuestionado el costo de editar y mantener esta edición, que no han puesto el más mínimo interés en defender algo que es de todas, es bueno para todas las mujeres y para la marca "matrona", como el libro de *Los Consejos de tu matrona* y una canastilla que hacía mucha ilusión a las madres a pesar del escaso, modesto e inofensivo contenido y que suponía el sueldo de unos cuantos trabajadores.

También es cierto que ha habido matronas que desde el año 1985 han colaborado con criterio y entusiasmo, no solo en la redacción de esta guía sino en la revisión y actualización de los textos, y que han defendido con razones la sinrazón de gestores, coordinadores y directores que veían en estas canastillas, ya que seguro nunca las miraron con detenimiento, un mensaje contrario a la tendencia oficialista de promover la lactancia

materna, porque si no, no se explica el veto que les impusieron.

Cada vez cuesta más pensar que es verdad que la sociedad actual es más inteligente y preparada cuando, como se demuestra una vez más, nos falta la conciencia crítica para cuestionar lo que acontece a nuestro alrededor, porque no dudéis de que llevando por bandera la evidencia científica (y apuntamos, la evidencia científica del momento que en muchos temas se queda enseguida obsoleta), también se cometen atropellos y errores que el tiempo se encargará de desvelar.

Al final creo que en este asunto nadie ha ganado y todos (mujeres, matronas y empresa) hemos perdido mucho.

A partir de diciembre de 2019, y hasta agotar las existencias que gentilmente nos ha cedido Present Service, la Asociación Española de Matronas se encargará de distribuir el libro de *Los Consejos de tu Matrona* a todas las matronas que se lo soliciten.



La Asociación Española de Matronas participa en la comisión de reconstrucción de sanidad con un documento de propuesta sobre la salud de la mujer (sexual y reproductiva) y las competencias de las matronas

Resumen de la propuesta:

1. Durante el tiempo que dure la pandemia se extremarán todas las acciones de prevención de contagio mediante circuitos seguros, los test necesarios, los rastreos serológicos a mujeres gestantes, acompañante y profesionales del área el aislamiento y el equipamiento de protección para todos los profesionales y los/las pacientes en AP y hospitalización.

Hay que garantizar las medidas de protección del personal sanitario, convertido durante buena parte de la evolución de la pandemia, posiblemente, en principales transmisores. Por no mencionar el altísimo número de contagiados que han convertido la Declaración de la OMS como "Año de las enfermeras y las matronas" en el "año de la inmolación de las enfermeras y las matronas", junto a otros

profesionales sanitarios. Es necesario aprovisionarse de material de protección suficiente y de calidad para que exista una reserva estratégica; potenciando la fabricación local de estos productos para no depender de terceros países; exigiendo a los empleadores la vigilancia del estado de salud de los profesionales sanitarios; y declarando el contagio por COVID-19 enfermedad profesional, yendo más allá de su inclusión como accidente laboral, por las potenciales secuelas y letalidad a medio y largo plazo que a día de hoy se desconoce.

Hay una realidad que la mayoría de las administraciones sanitarias no ha tenido presente: la exposición de riesgo del área obstétrica en relación con la pandemia COVID-19. En ningún momento las autoridades sanitarias han contemplado que es prácticamente la única ÁREA Hospitalaria a la que no se ha podido aplicar la reducción de actividad, ya que es

un servicio a demanda que, por otra parte, ha seguido generando el mayor número de ingresos hospitalarios. Las mujeres gestantes que en la primera mitad del año anterior acudieron a los servicios de obstetricia para finalizar su embarazo fueron unas 175.000, que en cifra similar hemos atendido las matronas en esta primera mitad de año 2020 en medio de la declarada pandemia. A este número de mujeres hay que añadir el contacto e interacción con el acompañante de elección de la mujer, con lo cual la cifra de contactos y, por tanto, de exposición y riesgo potencial de las matronas al virus se multiplica por dos. Se suma a lo anterior, el número de atenciones a las urgencias ginecológicas que se han seguido atendiendo en los hospitales, aunque en menor número, circunstancias que viene a escenificar la inadecuada utilización de los servicios de urgencias, ahora moderada por el temor a la COVID, pero que en la mayoría de casos es la matrona quien procede al triaje y contacto directo con las mujeres que acuden al servicio de urgencias.

En todas las áreas sanitarias se han detectado mujeres gestantes (y acompañantes) infectadas/os, la mayoría de ellas/-os asintomáticos, pero con la misma potencialidad infectante y, sin embargo, nadie ha reparado en la alta exposición de las matronas en los servicios gineco-obstétricos con la viremia, por añadidura y ante usuarias/os sin testar, con medidas insuficientes de protección.

2. Potenciación de la Atención Primaria (AP) y la Salud Pública con las inversiones necesarias.

La importancia del papel de la AP en el SNS no es discutible y en tiempos de la enfermedad por COVID-19 adquiere mayor relevancia, en la necesaria vigilancia epidemiológica. Las enfermeras especialistas o no, los médicos generalistas, los pediatras, fisioterapeutas, asistentes sociales, etc. desempeñan un papel esencial de este ámbito de asistencia. Las matronas son un recurso imprescindible para el cuidado de salud sexual y reproductiva de la mujer y precisan un ajuste de población asignada.

Los ratios de matronas en relación a la población mujeres en edad fértil están muy por debajo de la media europea.

3. Potenciar el papel de las matronas: más bien permitir el desarrollo de todas las competencias reguladas en el plan formativo y las Directivas Comunitarias, en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en AP,

atención al recién nacido (RN) en los primeros 28 días de vida, la promoción de lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de promoción y educación para la salud individual y comunitarias.

4. Profesionalizar la gestión sanitaria: impulsando un acuerdo político para el desarrollo normativo para que las matronas puedan ocupar cargos de gestión a todos los niveles en consonancia con su titulación académica de grado universitario y especialistas, como mínimo en las direcciones de enfermería de los hospitales maternos o maternidades.

No parece lógico que personal de menor cualificación y formación académica como las enfermeras generalistas ocupen reiteradamente esos puestos.

5. Mejorar las condiciones laborales de las matronas garantizando condiciones dignas de los contratos, estabilidad en el empleo y jornadas laborales acordes con la complejidad del puesto de trabajo y facilitando la continuidad de los cuidados. Creación de bolsas únicas para matronas en las CC.AA. que no la tienen, concretamente Madrid.

Revisión de baremo de méritos, ya que hay constancia de que, entre otras cosas ilógicas, algunas autonomías, por ejemplo con su sistema de baremación, están primando a profesionales formadas en el extranjero en detrimento de profesionales formados en España con calidad superior a la mayoría del entorno europeo.

6. Mejora de las retribuciones como especialistas con altísima responsabilidad al cuidar a dos clientes/usuarios/pacientes al mismo tiempo. Desde hace décadas, la medicina materno-fetal considera que el feto no es solo un "apéndice" de la madre, sino que su categoría es de segundo paciente, con sus propias incidencias de salud ajenas al estado de la madre. Hasta el año 1987, cuando se cambió el modelo retributivo la diferencia salarial de las matronas con enfermeras generalistas era acorde con la especialización, competencias y complejidad del trabajo. A partir del nuevo modelo retributivo perdimos un 13%, mientras la enfermería general aumentaba sustancialmente. Sin duda, se puso de manifiesto que las matronas durante siglos arrastramos dos grandes debilidades: la mayoría absoluta somos mujeres y representadas por organizaciones profesionales o sindicales para los que somos invisibles, por ser minoría.

A todas luces es un agravio comparativo no solo con las matronas sino con el resto de enfermeros especialistas que, como se ha hecho evidente, somos necesarios en cada área y, por tanto, sobradamente justificada una diferencia salarial que remunere el mayor esfuerzo formativo y la especificidad de las funciones especialistas.

7. Definir, dentro de los hospitales maternos, espacios separados que atiendan a mujeres de bajo riesgo gestionados exclusivamente por matronas.

En la experiencia de muchos países de nuestro entorno es muy beneficioso para las mujeres y los resultados perinatales, la actitud, aptitud y la evidencia científica para el cuidado y atención del proceso de bajo riesgo bajo la dirección de la matrona.

8. Establecer los ratios matrona/número de nacimientos en hospitales considerando el grado de complejidad del trabajo, similar al de las unidades de cuidados intensivos.

La OCDE en su estudio también señala los ratios de matronas por cada 1.000 nacimientos. En este caso la media de la ratio de matronas por cada 1.000 nacimientos de los países estudiados se establece en 25,9, mientras que en España esta ratio se sitúa en 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos como se indicaba anteriormente, nuevamente muy por debajo de la media del resto de países.

En España estamos muy lejos de la media europea como lo está la enfermera generalista.

También en AP se tiene que revisar la población asignada para cada matrona. En este momento algunas matronas se ocupan de hasta tres centros de salud. La presión asistencial les impide desarrollar algunos programas de salud con mujeres menopaúsicas y adolescentes.

9. Promover y facilitar la formación continuada para el colectivo y estimular la investigación sobre cuidados y otros temas relevantes sobre la salud de las mujeres.

10. Potenciar las Unidades Docentes (UDD) de Matronas, dotándolas de suficientes recursos materiales y humanos que permitan cumplir el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), según Orden SAS-1349/2009, y los requisitos de formación previstos en la DIRECTIVA 2005/36/CE, transferida al ordenamiento jurídico español en el RD. 183/2008.

Con las siguientes medidas:

Las UDD, ya sean bajo el patrón de Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), o el más reciente de Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), adolecen de falta de recursos suficientes. Esta carencia se manifiesta, sobre todo, en las matronas que imparten la docencia teórica y en las tutoras y tutores de residentes, quienes no tienen, en gran parte de las ocasiones, ningún tipo de compensación (ni económica, ni horaria, ni valorativa...), y su dedicación depende, en una gran mayoría de casos, del altruismo, la voluntariedad y el esfuerzo de las matronas.

Asegurar el cumplimiento del Programa Formativo teórico en su totalidad, como exige el ordenamiento jurídico tanto en lo relativo al tiempo de formación como a las materias, especialmente en las UD Multiprofesionales; y vigilar, asimismo, el cumplimiento del Programa Formativo práctico (respetando el itinerario formativo de los especialistas en formación). Basadas estas vigilancias en el RD 183/2008, que establece: "Las unidades docentes... se someterán a medidas de control de calidad y evaluación... La Agencia de Calidad coordinará las auditorias, informes y propuestas necesarios para... evaluar... el funcionamiento y la calidad del sistema de formación...".

En los casos necesarios, contemplar la posibilidad, ya en uso en algunas UD y UDM, de reagrupación de residentes de varias de estas unidades, para una mejor optimización de recursos y garantía de cumplimiento del programa formativo teórico.

Crear un sistema unificado de acceso a la docencia, que valore, de manera imparcial, el currículum de las matronas aspirantes a la misma, y que debería realizarse "con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud" (según RD. 183/2008). Si bien suelen ser las Comisiones de Docencia las encargadas de la selección, no hay un baremo unificado que garantice la imparcialidad de la selección, por lo que son posibles situaciones de nepotismo y parcialidad, priorizando la participación de las matronas en la impartición de materias teóricas del programa.

Dotar del presupuesto suficiente a las CC.AA. (y, por ende, a las entidades titulares de los centros hospitalarios, de AP, y otros dispositivos docentes) para que las tutoras y tutores puedan dedicarse a sus múltiples tareas de tutorización de residentes, entre otras, y según el RD. 183/2008: "...planificar, gestionar, supervisar

y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente", con garantías de cumplimiento, sin que vean duplicado su trabajo y esfuerzo, y sin la necesidad de utilizar su propio tiempo personal

y no contar con compensación alguna (horaria, retributiva, etc.).

El documento completo está colgado en la web del congreso: <https://bit.ly/2Yq1t75>

http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciudadana/20200623_D17.pdf

Plante de la AEM al CGE por la discriminación en el impulso a la especialidad de matrona y al área de salud sexual y reproductiva

Con fecha de 15 de junio el Consejo General de Enfermería (CGE) nos remitía un correo a fin de contactar con los integrantes del Grupo Nursing Now España, entre los que se cuenta la AEM, para trasladarnos el texto de una carta de contenido genérico dirigida a la comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. Nos informaban de que el texto de la carta ha sido consensado conjuntamente con Adelaida Zabalegui, como miembro del Board de la Campaña Nursing Now, y con M^a Eulàlia Juvé, como miembro del Board del Consejo Internacional de Enfermeras.

Solicitaban a todos los integrantes nuestra adhesión a la carta que dirigían a la atención del Sr. Patxi López, Presidente de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica: Comisiones de Sanidad y Salud Pública, Sociales y Sistema de Cuidados cuyo título era: Recomendaciones para fortalecer el sistema sanitario y social Español.

En nuestro ánimo estaba, como hemos venido demostrando con nuestra participación en las actividades promovidas por el CGE, especialidades enfermeras y el apoyo al propio Consejo. Sin embargo, a la vista de la redacción, tuvimos que hacer algunas matizaciones dado que no encontrábamos referencias, como en el párrafo siguiente, a salud sexual y reproductiva en la mujer que solicitamos incluir y no se hizo: *"... porque las enfermeras están especialmente bien preparadas para afrontar adecuadamente el crecimiento de las enfermedades crónicas, el abordaje y la prevención de las reagudizaciones, la prevención de contagios y de enfermedades transmisibles, las comorbilidades en el envejecimiento, las necesidades de los niños y adolescentes, y la alfabetización en salud"*.

El siguiente y definitivo párrafo de conflicto fue el siguiente, que en la redacción original en el apartado dedicado a las recomendaciones, basadas en la experiencia de la COVID-19 española, para fortalecer el sistema de salud y sanitario y afrontar los retos sanitarios y sociales, en su punto 3 explicaba:

3. Cobertura: se necesitan más recursos financieros para fortalecer los sistemas de salud autonómicos para abordar adecuadamente las necesidades de la salud de la población, como aumentar la densidad de enfermeras para al menos alcanzar la media de los países de la OCDE y Europa, crear e implementar puestos asistenciales con responsabilidades de práctica avanzada y especialista * en áreas donde ya está en marcha el programa formativo de la especialidad, como la Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria, la Enfermería pediátrica, geriátrica y de Salud Mental, así como la especialidad de Enfermería en cuidados médico-quirúrgicos, que en nuestro país tiene aprobado el programa formativo solo para la enfermería militar. Bien en la forma actual o bien desglosándola en tres grandes subespecialidades que pueden conformar su contenido: (1) enfermería de cuidados críticos, urgencias y emergencias, (2) enfermería perquirúrgica y periintervencionista y (3) enfermería oncológica y de cuidados a pacientes crónicos complejos, urge desplegar y crear puestos de esta especialidad.

Nuevamente echamos en falta, y sentimos como un tratamiento de agravio comparativo, que no se hacía mención a la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y a las matronas cuyas competencias específicas les faculta para su atención. Propusimos la inclusión:

Agenda | Plante de la AEM al CGE por la discriminación en el impulso a la especialidad de matrona Correos homenajea a las enfermeras y matronas con la emisión de un sello

*... como la asistencia a las necesidades de salud de la mujer, la mayor parte de la población española, potenciando la acción continuada de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), y aquellas otras áreas donde ya está en marcha el programa formativo de la especialidad..."

Insistimos, en contestación al CGE, que el terreno de

la salud de la salud sexual y reproductiva es un área de la asistencia exclusivo de las matronas, tan importante como cualquier otro o más, reclamando lícitamente además que las funciones de las matronas se visibilizaran en este documento, como las de cualquier otro especialista enfermero, todos ellos referenciados en la carta; por ello, solicitábamos la inclusión de estas anotaciones. Dado que finalmente el CGE decidió no acceder a nuestras pretensiones la AEM declinó sumarse a este documento.

Correos homenajea a las enfermeras y matronas con la emisión de un sello

Por Resolución de 26 de mayo de 2020, conjunta de las Subsecretarías de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana y de Hacienda, sobre emisión y puesta en circulación de cuatro series de sellos de correo denominadas "12 Meses 12 Sellos. 2020. Huelva", "Sanidad. 2020. 2020 Año Internacional de las Enfermeras y las Matronas. Elvira López Mourín", "Efemérides. 2020. Centenario Ministerio de Trabajo" y "Ocio y Aficiones. 2020. Juego de Cartas" (BOE, núm. 157, de 4 de junio de 2020).

Por ello, el pasado día 5 de junio, Correos finalmente materializó la propuesta y rindió homenaje a las enfermeras y matronas con la emisión de una tirada de sellos (1.500.000) en conmemoración del que en teoría iba a ser su año, en España y en el resto del mundo, un reconocimiento internacional por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este año era especial para las enfermeras y las matronas, y con esta pandemia ha quedado demostrado el valor de estas profesionales que, sin recursos suficientes y de manera incansable, han cuidado de la población enferma o la COVID-19.

En la estampación está la enfermera Elvira López Mourín, gallega de nacimiento, como bien reza bajo su nombre fue la primera enfermera de la aviación española en 1922, hace ya de esto casi un siglo. Además formó parte de la primera promoción de enfermeras profesionales (cinco en total) de Cruz Roja en 1918, protagonizando con éxito el primer transporte sanitario español y en concreto la primera mujer profesional sanitaria, lo que le otorgó reconocimiento por parte de la realeza española de ese momento, a saber, Alfonso XIII y su esposa la reina Victoria Eugenia.



Respecto de las matronas, el sello hace una referencia con una imagen de una matrona sosteniendo a un bebé, recordando la extraordinaria labor que estas profesionales llevan a cabo en el cuidado del embarazo y el parto, incluso en momentos de pandemia en la que han desarrollado su trabajo con muchísimas dificultades, pero siempre defendiendo el bienestar de las mujeres, sus hijos y sus parejas.

Según Correos, "una oportunidad única para que los países demuestren cuánto aprecian a sus enfermeras y matronas, reaccionar y darles el apoyo necesario para que puedan desarrollar al máximo su enorme valía profesional".

Últimas noticias nos han confirmado que tras lo vivido durante la pandemia, y dada la imposibilidad de realizar los actos previstos, este reconocimiento se prolongará hasta julio de 2021. Esperemos que los aplausos y las buenas palabras queden reflejados no solo en la estampación de un sello, sino en una mejora de las condiciones laborales de estas profesionales.

Cursos programados de formación continuada

CURSOS PROGRAMADOS DE FORMACIÓN CONTINUADA

CURSO DE ECOGRAFÍA BÁSICA PARA MATRONAS

Fecha definitiva: 11 de mayo 2020

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

CURSO DE RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Fecha definitiva: 12, 13 y 14 de mayo 2020

Horarios: (día 12) mañana de 9:00 a 14:00 h/ 16:00 a 20:00 h

(día 13) mañana de 9:00 a 14:00 h/ 16:00 a 20:00 h

(día 14) mañana de 9:00 a 12:30 h

CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

Fecha definitiva: 5, 6, 7 y 8 de octubre 2020

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

ACTUALIZACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA PARA MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha definitiva: 19, 20, 21, 22 y 23 de octubre 2020

Horarios: mañanas de 9:00 a 14:00 h

Cursos pendientes de programación en calendario:

- Anticoncepción en Atención Primaria
- Duelo perinatal
- Urgencias Obstétricas para matronas

Dada la situación sanitaria actual por la COVID-19, los cursos programados para octubre corren peligro de tener que posponerse también. Si se diera esta circunstancia se avisaría personalmente a todos los inscritos emplazándolos para las nuevas fechas que se determinen



enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para
iOS y Android

 grupoparadigma

