

matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 8 Nº 3 AÑO 2020

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161



SUMARIO

Editorial

Originales

- Cómo viven las mujeres su proceso de parto: una visión cualitativa
- "Muerte al inicio de la vida". Experiencias de padres y madres en relación a la pérdida perinatal y la atención en salud
- Análisis de los factores sociales y sanitarios que influyen en el inicio y consolidación de la lactancia materna en Atención Primaria
- Situación de vulnerabilidad de la mujer gestante relacionada con la amenaza de parto pretérmino en tiempos de pandemia

Revisiones

 Posiciones de la mujer gestante durante las fases de dilatación y expulsivo: una revisión bibliográfica

Echando la vista atrás:

Lanzamiento de la revista Súrgere (Matronas)

Agenda:

- Nuevo aplazamiento del XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM
- Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona
- Solicitud de incremento de plazas formativas para matronas
- Consejo Trienal de la ICN y Aplazamiento del XXXII Congreso ICM
- Comité de seguimiento y Evaluación. Estrategia en Salud Reproductiva del SNS
- Bolsa Única de Matronas (Madrid)
- Prohibición de acompañante en el parto
- Cáncer de ovario
- Vacunas v embarazo
- V Congreso Internacional de Ecografía para matronas
- Recusación a la Consejería de Madrid
- Homenaje a los sanitarios por su labor contra la COVID
- XX Congreso Nacional de Matronas





matronaz hoy es una publicación que nacía 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€

matrona/ 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

1



Comité editorial

Fundadora

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

Rosa Mª Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

Lara López Sánchez

Comité editorial

- Mª 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 3 diciembre 2020-marzo 2021

Editorial		
-----------	--	--

Originales	
"Muerte al inicio de la vida". Experiencias de padres y madres en relación a la pérdida perinatal y	
la atención en salud	6
Michelle Ensignia Urrutia, Aracelli Morales-Letelier, Paloma Soto-Calderón, Rocío Valdebenito Herrera, Marisa Villagrán-Becerra	
Análisis de los factores sociales y sanitarios que influyen en el inicio y consolidación de la lactancia	
materna en Atención Primaria	15
Gloria Aurora Boal Herranz, Ester Barrios Miras	
Cómo viven las mujeres su proceso de parto: una visión cualitativa	33
Paula Calvo Oria, Beatriz Oldenburg Rodríguez, Eva García-Carpintero Blas	
Situación de vulnerabilidad de la mujer gestante relacionada con la amenaza de parto pretérmino en	40
tiempos de pandemiaSandra Milene Rojas Criollo, Andrea Carolina Puerto Méndez, Kelly Jhoana Samia Castillo, July Alejandra Quiroga Amado	43
Revisiones	
Revisiones	
Posiciones de la mujer gestante durante las fases de dilatación y expulsivo: una revisión bibliográfica Natalia Barrio-Forné, Laura Miguel Martín, Virginia Moreno Lamana, Isabel Martínez Cuñado	53
Natural Barrio Forne, Edula Miguel Martin, Virginia Moreno Edinaria, Baoel Martinez Edinado	
Echando la vieta atuás	
Echando la vista atrás	
Lanzamiento de la revista <i>Súrgere</i> (Matronas)	62
Agenda	
Agenda	
Nuevo aplazamiento del XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM	72
Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona	73
Solicitud de incremento de plazas formativas para matronas	73
Consejo Trienal de la ICN y Aplazamiento del XXXII Congreso ICM	74
Comité de seguimiento y Evaluación. Estrategia en Salud Reproductiva del SNSdel SNS	74
Bolsa Única de Matronas (Madrid)	75
Prohibición de acompañante en el parto	75
Cáncer de ovario	76
Vacunas y embarazo	76
V Congreso Internacional de Ecografía para matronas	77
Recusación a la Consejería de Madrid	77

Homenaje a los sanitarios por su labor contra la COVID......

XX Congreso Nacional de Matronas.....

78

79

Editorial

¿Nos traerán los Reyes Magos la vacuna de la COVID-19 y algo más?

A pesar del extraño y triste año transcurrido me resulta asombroso que ya estemos nuevamente a punto de darlo por concluido. Mirando con la perspectiva del tiempo me sigue asombrando la celeridad de los días, incluso estos tan negros y llenos de lágrimas y miedo, pero si el prisma es el del sentimiento, no puedo por menos de maravillarme por la capacidad de resistencia de tantos en este año infausto.

La llegada del 2020 para los sanitarios era esperada con la ilusión de un año que, justa y merecidamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicaría a ensalzar el valor de la profesión de enfermeras y matronas. Nadie pudo imaginar que más que celebración sería la ratificación más potente y notoria de la imprescindibilidad de nuestro trabajo sociosanitario, en medio de la desolación por la enfermedad y la muerte.

La COVID-19 nos ha obligado una actuación en directo, para una escenificación de urgencia en la que los sanitarios, actores principales, hemos trabajado sin guion ni dirección en la mayoría de los casos, casi todos con coraje y responsabilidad, en un escenario desvencijado y para un público que día a día pedía más... Nos hemos tragado los sentimientos de miedo y tristeza enterrando a más de 90 compañeros muertos en la batalla, la preocupación por casi 70.000 contagiados, que primero han luchado por aferrarse a la vida y después por pensar qué clase de vida inexorablemente intervenida por la COVID les quedará en adelante, algunos han asistido hasta la extenuación a los miles de enfermos de los que tantos miles perdieron la vida, y la mayoría, a pesar de todo, hemos seguido dando lo mejor de nosotros mismos.

Nueve meses después de que empezara esta sangrienta contienda los sanitarios en general, y enfermeras/os y matronas/es en particular, o sea, los soldados de primera línea, estamos cansados, agotados y con pocas ilusiones, decepcionados porque seguimos luchando con espadas de madera frente a un virus que lo hace con fino y afilado acero.

El reciente editorial que *The Lancet* dedicó al estudio de nuestro país, como uno de los más afectados por la pandemia, afirmaba que era una "tormenta predecible" lo sucedido con la COVID-19, que la enfermedad había "amplificado algunas de las debilidades del sistema de salud y revelado las complejidades políticas que conforman el país". Entre muchas deficiencias detectadas incidía "en la escasez de personal y

equipamiento" y ahondaba "en que los servicios están infradotados de personal y de recursos además de tener unas plantillas sanitarias bajo presión: demasiado habitualmente sustentadas en contratos temporales que duran unos pocos días o semanas". Afirmaba con rotundidad para finalizar "que la precariedad laboral es uno de los factores de la falta de personal sanitario disponible".

Sin embargo, parece que los análisis de propios y extraños no sirven de nada porque las cosas siguen igual o, precisando, peor, porque ya se sabe "que lo que no mejora, empeora"... Nuestros políticos no escuchan, no sacan de sus cajones nuestras peticiones depositadas durante años solicitando incrementos y mejor gestión de los recursos humanos, como inversión de presente y futuro; no miran la evidencia que tienen delante y en un ejercicio de decencia, alejado de sus propios intereses políticos partidistas, atajan esta situación insostenible para los sanitarios. ¡Pocas o ninguna lección han aprendido algunos de la COVID!

Ahora solo se habla de la vacuna, la población está esperanzada en general, aunque somos muchos los que tenemos desconfianza y prevención ante una panacea necesaria, pero que no por eso de "facto" la convierte en LA SOLUCIÓN.

Por ende, si finalmente funciona como se espera de una vacuna sin reportarnos además otros problemas a corto, medio y largo plazo, los sanitarios, los de primera fila, matizo, seguiremos siendo imprescindibles para que el trabajo ingente de administrársela a millones de españoles en las condiciones de seguridad necesarias se lleve a cabo. ¿Lo han pensado señoras y señores políticos, señoras y señores gestores?, o ¿mejor no pensar y seguir la inercia de descubrir esta plantilla ya de por sí mermada y ahora, por añadidura, extenuada, para cubrir la nueva necesidad? Esa no es la solución.

El otro día de camino a mi trabajo iba escuchando la radio y comentaban la apertura del Belén Monumental de la localidad granadina de Huétor Tájar cuyos belenistas, haciendo un guiño a la pandemia, habían colocado mascarillas a las figuritas y habían trasladado a la navideña representación algunos otros elementos y disposiciones impuestas por la situación en señal de agradecimiento a los sanitarios. En un alarde de imaginación, a los Reyes Magos les sustituirán en sus cofres las preciadas ofrendas tradicionales por la esperada vacuna y yo pensé: si a Melchor le han cambiado el oro por la vacuna, bien podrían a Gaspar y Baltasar cambiarle el incienso y la mirra por enfermeras/os y matronas/es para que

MATRONAS HOY • Vol. 8 - n° 3 diciembre 2020-marzo 2021

la cosa funcione... ¡Cosa de la Navidad, la de ilusionarse con que algunos sueños se hagan realidad!

Ojalá que el 2021, que justamente prolonga la celebración del año de la Enfermería y Matronería hasta junio, nos traiga algo más y mejor que aplausos, palabras y gestos de los que, por cierto, solo valen los de las personas que sienten y reconocen en esas expresiones la entrega y el esfuerzo reales

que les dedicamos los sanitarios. De los gestores/as, de los políticos/as, además de nobles intenciones que debieran ser imprescindibles para ostentar el cargo, esperamos más...

Rosa Mª Plata Quintanilla Directora de *Matronas hoy*

Originales

"Muerte al inicio de la vida". Experiencias de padres y madres en relación a la pérdida perinatal y la atención en salud

- ¹ Michelle Ensignia Urrutia
- ¹ Aracelli Morales-Letelier
- ¹ Paloma Soto-Calderón
- ² Rocío Valdebenito Herrera
- ³ Marisa Villagrán-Becerra

- ¹ Matrona. Universidad de Chile.
- ² Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Escuela de Obstetricia. Universidad de Chile.
- ³ Matrona, Psicóloga. Profesora Asistente. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile.

E-mail: mvillagran@uchile.cl

Fecha de recepción: 2 de julio de 2020.

Fecha de aceptación: 27 de noviembre de 2020.

Cómo citar este artículo:

Ensignia Urrutia M, Morales-Letelier A, Soto-Calderón P, Valdebenito Herrera R, Villagrán-Becerra M. "Muerte al inicio de la vida". Experiencias de padres y madres en relación a la pérdida perinatal y la atención en salud. Matronas Hoy 2020; 8(3):6-14.

Resumen

Introducción: el duelo es una experiencia compleja que afecta aspectos psicológicos, sociales y emocionales del individuo. De las mujeres que viven una muerte perinatal un 22% podría desarrollar depresión, siendo factores de riesgo una disposición individual, la falta de pareja y de apoyo profesional. Este último elemento es modificable por el equipo de salud.

Objetivo: conocer experiencias de madres y padres atendidos en el sistema público y privado de salud, en el contexto de una pérdida perinatal.

Material y método: investigación cualitativa, descriptiva. Muestreo opinático. Bases de datos de mortinatos y mortineonatos de un hospital público y una fundación de ayuda a padres con pérdida reproductiva permiten contactar con progenitores con criterios de inclusión. Se realizan entrevistas semiestructuradas v análisis narrativo.

Resultados: el momento, la forma y la cantidad de información que entregan los profesionales influyen en la valoración sobre la atención recibida. Hay diferencias de género en la experiencia. La intimidad en distintos momentos de la hospitalización es significativa para elaborar el duelo, especialmente realizando ritos de despedida.

Conclusiones: es necesario visibilizar el duelo ante la muerte perinatal y fortalecer las habilidades de comunicación y contención emocional de los profesionales. Los espacios físicos suelen ser inapropiados y no existen protocolos de atención ni seguimiento. La entrega de objetos de recuerdo del recién nacido es factible y útil. Hay prácticas no reconocidas de violencia obstétrica, que pueden favorecer el desarrollo de duelos patológicos, cuadros depresivos, trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y judicialización.

Palabras clave: duelo; muerte perinatal; violencia obstétrica.

Abstract

"Death at the beginning of life". Experiences of parents regarding perinatal loss and healthcare

Introduction: mourning is a complex experience involving psychological, social and emotional aspects of the individual. Twenty-two % (22%) of all women experiencing perinatal death could develop depression; the risk factors are: individual disposition, and lack of partner and professional support. This last element can be modified by the healthcare team.

Objective: to learn about the experiences of parents managed at the public and private health systems, in the context of perinatal loss.

Materials and method: a qualitative, descriptive research, with opinion-based sampling. Databases of stillbirths and dead newborns from a public hospital and a foundation supporting parents with reproductive loss allowed to contact parents meeting the inclusion criteria. Semistructured interviews and narrative analysis were conducted.

Results: the time, manner and volume of information provided by professionals had impact on the assessment of the care received. There were differences by gender regarding the experience. Privacy at different moments of hospitalization was significant in order to work through mourning, particularly by conducting farewell rituals.

Conclusions: it is necessary to make mourning visible when faced with perinatal death, and to strengthen the skills for communication and emotional support in professionals. Physical spaces are usually inadequate, and there are no protocols for care or follow-up. It is feasible and useful to hand out objects to remember the newborn. There are non-acknowledged practices of obstetric violence, which might encourage the development of pathological mourning, depression, post-traumatic stress disorder (PTSD) and litigation.

Key words: mourning; perinatal death; obstetric violence.

Introducción

La pérdida reproductiva incluye las muertes que ocurren antes de las 22 semanas de gestación (aborto), antes del término de la gestación y a los recién nacidos que fallecen poco después del parto¹. Mientras que el **periodo perinatal**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se extiende de las 22 semanas de gestación a los siete días después del nacimiento².

En nuestra cultura la gestación y el parto de un recién nacido significa vida, sueños y anhelos para la familia; mientras que la muerte de un hijo es una de las experiencias más devastadoras que pueden sufrir los padres, especialmente si ocurre en el periodo perinatal, donde se enfrentan a un gran número de sentimientos encontrados. Por ello, este evento merece comprensión y cuidado, enfocándose al contexto de cada familia afectada³, entendiendo que el rol que tengan padres y familiares en este proceso facilita la elaboración de un duelo saludable⁴.

El duelo es la vivencia individual que se experimenta ante una pérdida o cambio, sin importar la profundidad del suceso. No hay plazos fijos o precisos para cursar un duelo o delimitar el momento en que ya está resuelto, pero hay consenso en que probablemente se requieren de 6 a 12 meses para cursar las etapas identificadas como de shock y negación, ira, regateo, depresión y retraimiento, hasta llegar finalmente a la aceptación y la integración del evento⁵.

La mujer inicia el vínculo con su hijo/hija desde la gestación, especialmente a través de los movimientos fetales. Si al llegar al parto se entera de manera súbita que su hijo ha muerto, experimentará un profundo e intenso sufrimiento, con sentimientos de impotencia y desamparo, muchas veces acompañado de un deseo imperioso de huir de la situación^{5,6}. Cuando la madre expresa dolor y angustia suele interpretarse como pérdida de equilibrio y riesgo de un cuadro patológico, mientras que no manifestar dolor se considera evidencia de haber logrado "superar muy bien" el duelo. Se confunde la etapa de negación del duelo normal con una prueba de ser "fuerte" o de estar más sano⁵. Aunque el dolor puede ser igualmente devastador para los padres como para las madres, frecuentemente se observa una reacción muy distinta en ellos⁷, debido probablemente a que los hombres suelen ser educados desde pequeños para no mostrar sus emociones y ser "duros". Así, algunos padres tienden a bloquear la expresión de sus sentimientos refugiándose inmediatamente en sus actividades cotidianas⁵, mientras otros sí expresan su dolor después de la pérdida perinatal, aunque con reacciones menos intensas, menos expresivas o abiertas que las mujeres8. Además, el vínculo de la pareja puede verse afectado con resentimientos cuando la escasa o nula expresión emocional es interpretada como falta de afecto y dolor por el hijo muerto. Por lo tanto, el padre que logra estar presente física y emocionalmente se transforma en un gran apoyo para la mujer⁵.

En relación al trabajo de parto se observa que en estas madres suele ser muy doloroso, pareciera que la angustia y dolor psíquico se expresa en el dolor del trabajo de parto y aunque hay consenso en evitar la cesárea, a veces se convierte en la mejor alternativa⁵. Después del parto, ante el shock que genera la muerte, es habitual que surja en los padres la duda sobre ver o no al recién nacido y en los profesionales sobre mostrarlo, ya que al estar en una etapa de negación muchas veces esta posibilidad no es considerada o valorada por los padres ni por los profesionales⁵. El temor en los padres por el aspecto físico del hijo puede aumentar si hay diagnóstico antenatal de malformaciones, donde la fantasía puede ser terrorífica. Ver un hijo sano, pero sin vida también puede motivar a no verlo, todo en un esfuerzo por conservar la idea del hijo imaginado⁵.

El duelo puede desencadenar desórdenes psicológicos y psicosociales importantes⁶, como el desarrollo de depresión que podría presentarse en un 22% de las madres de un óbito fetal y que se manifiesta a través de absentismo laboral y/o distintos grados de desintegración familiar y social. Incluso un 10% a 20% del total de casos de duelo llegar a cronificarse9, siendo factores que influyen en el riesgo para el desarrollo de un duelo patológico: la disposición individual, la falta de pareja y de apoyo profesional¹⁰. La importancia del apovo profesional se basa en que es un elemento que depende directamente del equipo de salud y que es modificable entrenando destrezas en el ámbito comunicacional, especialmente en el afrontamiento de situaciones de alta emocionalidad, como es tener que informar a los progenitores la presencia de secuelas severas o la muerte de su hijo¹¹. Es útil también crear instancias formales de apoyo a los padres que están pasando por un duelo perinatal, con programas que garanticen el derecho a acceder a atención psicológica especializada en forma oportuna¹² y preventiva. Sin embargo, en muchos países este apoyo lo otorgan agrupaciones de padres que sufrieron pérdida reproductiva, procurando proveer acompañamiento emocional.

Por otra parte, la muerte de un feto o un recién nacido también genera en los prestadores de atención un estado de shock, asociado a sentimientos de frustración y culpa, el que puede ser mayor según el grado de relación establecida con los progenitores. El médico que confirma el diagnóstico debe enfrentar el dolor de los padres, así como las recriminaciones y también los autorreproches cuando es vivida como un fracaso de la medicina. Puede expresarse su propia angustia ante la muerte y la impotencia ante el sufrimiento de los padres, con una particular preocupación por la posibilidad de que la usuaria tenga una crisis de angustia⁵.

Además, que las mujeres en trabajo de parto sean extremadamente sensibles y vulnerables, hace que sus experiencias de parto puedan ser valoradas como instancias de crecimiento, competencia o fortaleza, mientras que en otras oportunidades se vincularán a fracaso, miedo o derrota¹³. Esto impacta la adaptación posterior de la madre y su hijo/hija, relevando la importancia de identificar elementos de violencia obstétrica, que es un tipo de violencia de género que ocurre con relativa frecuencia en las salas de parto. Este fenómeno aún es muy poco reconocido social y legalmente¹⁴. Este aspecto es más relevante aun considerando que en la última década múltiples investigaciones han encontrado en diferentes países una prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras el parto que fluctúa de un 1 a un 35%; mientras que en estudios cualitativos las mujeres identifican en el origen del trauma haber recibido cuidados inadecuados, que se manifiestan en las acciones u omisiones de las matronas, médicos y enfermeras¹⁵. Por lo tanto, la calidad de la atención prestada por los profesionales a usuarias que viven pérdidas reproductivas, además de interferir positiva o negativamente en curso normal del duelo, puede llegar a configurar un cuadro de estrés post-traumático (TEPT).

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general es conocer experiencias de madres y padres atendidos en el sistema público y privado de salud, en el contexto de una pérdida perinatal.

Objetivos específicos

- Describir la forma en que las usuarias son informadas de su pérdida reproductiva.
- Describir los sucesos que vivencian durante el periodo de hospitalización.
- Explorar las relaciones entre la mujer y el equipo de salud durante la hospitalización.
- Identificar las derivaciones y seguimientos realizados a las usuarias en su atención en salud.

Material y método

Diseño: investigación de carácter cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico, que pretende comprender la complejidad y significado de la experiencia del duelo perinatal, desde el punto de vista de las madres y padres que tienen esta vivencia entre los años 2015 y 2018.

Muestra: se contactaron madres que sufrieron una pérdida reproductiva utilizando la base de datos de mortinatos de un servicio de salud pública de alta complejidad de la región

metropolitana. A través de la base de contactos de una fundación que ofrece ayuda a padres que pierden a un hijo o durante la gestación o al momento de nacer, y también se contactó a madres y padres de recién nacidos que fallecieron durante la hospitalización en una unidad neonatal. El muestreo fue opinático*, seleccionando a los participantes entre padres y madres que cumplían los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Hombre o mujer mayor de 21 años, que hable español.
- Haber sufrido una pérdida reproductiva en el periodo perinatal, es decir, entre las 22 semanas de gestación y los siete primeros días después del nacimiento.
- Haber vivido la pérdida reproductiva hace más de un año.

Criterios de exclusión

- Haber sufrido en el último año otro duelo perinatal.
- Padecer actualmente una patología psiquiátrica con o sin tratamiento farmacológico.

El número final de la muestra se determinó por el principio de saturación teórica, que en el ámbito de la investigación cualitativa corresponde al punto en el cual ya se ha oído una diversidad de ideas y que con cada entrevista adicional no aparecen nuevos elementos que aporten a la pregunta de investigación planteada¹⁶. Este punto se alcanzó con 10 entrevistas a madres y tres entrevistas a padres.

Metodología: se aplicó pauta semiestructurada como guía de entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma completa y detallada. Se aplicó análisis narrativo, cuyo objetivo es lograr una interpretación más profunda del significado que construyen los participantes en lo explícito de sus relatos, no se pretende generalizar a la población o buscar elementos comunes a distintas personas, ya que este método es apropiado para el estudio de pocos sujetos¹⁷. Se caracterizaron los participantes según el género, la edad, la relación de progenitores, la paridad, el tipo de parto y el estado del recién nacido (RN). Los participantes se individualizan por género: padre (P), madre (M); número de entrevista y sistema de atención: privado (C) o público (H). Los datos obtenidos fueron codificados y organizados construyendo categorías y subcategorías, destacando elementos y citas relevantes. La descripción de los resultados obtenidos busca responder a los objetivos planteados en la investigación.

^{*} Muestreo opinático o intencional: muestreo no probabilístico consistente en que el investigador selecciona la muestra que supone sea la más representativa, utilizando un criterio subjetivo y en función de la investigación que se vaya a realizar.

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: el estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano. Resguardando el principio de autonomía se solicitó la participación voluntaria de quienes cumplieron 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.

Limitaciones del estudio: contactar con madres, y especialmente padres, dispuestos a conversar de la muerte de su hijo/hija en la entrevista.

En la Tabla 1 se recogen las características de la muestra.

Resultados

Que el médico sea quien atiende directamente la patología obstétrica y también responsable de informar la muerte fetal o perinatal lo convierte en la figura profesional más significativa en el proceso diagnóstico en los distintos niveles de atención. La principal dificultad identificada se refiere a la forma de dar la noticia, ya que la preocupación del profesional se centró en el procedimiento para confirmar el diagnóstico (ecografía), mientras que la entrega de la información sobre

la muerte perinatal fue percibida como impersonal, fría, poco clara, insuficiente, sin preparación previa ni contención emocional, denotando poca valoración del significado de este evento y escasas habilidades de comunicación para entregar noticias de alto impacto emocional.

M04H: "El doctor que me hizo la ecografía dijo: tu bebé está muerto, lo siento mucho, pero tú eres joven y si quieres puedes tener más bebés más adelante"; P10C: "El doctor me ordenó: se van ahora al hospital o se mueren las dos... tiene esa frialdad para decir las cosas sin siquiera cuestionarse"; M11C: "Me dijo: tu bebé está muerto; así, sin más".

Además, las mujeres consideran que los síntomas que ellas refieren estar experimentando son subvalorados antes y durante la hospitalización por los distintos profesionales, tanto en el sistema público como privado de atención.

M07H: "Lo que me dijo un ginecólogo fue que yo estaba exagerando, que no intentara pedir licencia".

La escasa valoración de la experiencia global de la mujer reafirma la posición jerárquica instalada desde el profesional a la usuaria, lo que permite mantener el paternalismo de la atención haciendo que este tome decisiones consideradas las más adecuadas para la mujer, sin mediar en la entrega de información, contención y respeto por la capacidad de decisión de esta. Esta falta de libertad de decisión de la madre es una expresión de violencia obstétrica, ya que no se provee el cuidado integral y respetuoso requerido por la mujer.

Tabla 1. Caracterización de la muestra según género, edad, relación de los progenitores al momento de la muerte perinatal, paridad, tipo de parto, condición fetal al nacer

Código	Género	Edad	Relación progenitores	Paridad	Tipo de parto	Estado RN
M01H	F	37	En pareja	M	Parto	MN
M02H	F	26	Soltera	Pg	Parto	MN
M03H	F	39	Soltera	M	Parto	MN
M04H	F	26	En pareja	Pg	Parto	MN
M05H	F	31	En pareja	M	Parto	MN
M06H	F	29	Soltera	M	Parto	MN
M07H	F	24	Soltera	M	Ces SOS	MNN
P08H	M	26	Soltero		Ces SOS	MNN
M09C	F	29	En pareja	M	Ces SOS	MNN
P10C	М	28	En pareja		Ces SOS	MNN
M11C	F	36	En pareja	M	Ces SOS	MN
P12C	M	37	En pareja		Ces SOS	MN
M13H	F	44	Soltera	M	Ces SOS	MN

*Codificación: M: madre; P: padre; N: número de entrevista; H: atención en sistema público; C: atención en sistema privado

M09C: "Yo le dije al doctor que me diera pastillas para dormir, porque con todo lo que estaba pasando yo no iba a poder dormir. Pero él me dijo que no, ya que este era un proceso que yo tenía que pasar... y lo acepté".

Aunque las acciones médicas realizadas se consideren adecuadas, las conductas y actitudes del profesional denotan falta de cuidado en relación a las emociones de las usuarias y afectan la valoración sobre la calidad de la atención recibida.

M09C: "Me la iban a tener que sacar en 48 horas de lo contrario me podía morir, fue tan terrible que me dijera eso porque encontraba que era un buen médico, ya que me dio el diagnóstico certero, pero no me gustó cómo me dijo que me iban a sacar a mi bebé, mi hija estaba viva... fue doloroso".

Existen distintas expectativas sobre la atención de salud que provee el sistema público y privado. Está normalizado que en lo público haya ciertas carencias para la atención. El análisis evidenció que hay las mismas dificultades de comunicación, planta física y reconocimiento de las necesidades emocionales en ambos sistemas de atención.

M02H "En realidad la atención fue buena, como cualquier hospital público, sin mucha información eso sí". M113C: "¡Te devuelven a la sala compartida de maternidad donde había otra mamá que iba a tener a su bebé! Yo no quería estar ahí y mis papás tuvieron que pedir otra habitación. Ellos solo decían: "oh, pero el valor sube".

Durante la hospitalización se destaca la oferta de la información oportuna por los profesionales, acerca de los procedimientos a realizar. Cuando la información posterior a la pérdida fue insuficiente se generó angustia al no saber si se hizo lo correcto, más aún cuando no se explica la causa de la muerte fetal, lo que puede repercutir en el futuro reproductivo de la pareja.

M11C: "El doctor me dijo "mira vamos a sacarte a tu bebé y vamos a hacer lo mismo que se hace en un nacimiento. Si yo veo alguna causa de muerte, te lo diré de inmediato, si no, te voy a recomendar que se haga la autopsia. Fue súper consciente". M13H: "La doctora me dijo: "mira, podemos hacerle la autopsia para saber qué fue lo que pasó", pero fue cuando estaba con todos los dolores y yo solo podía pensar en que se terminara. Después, nadie fue a explicarme, nadie que dijera "tuvo esto". M04H: "Nunca supe de verdad qué había pasado. Y me da miedo hasta ahora tener otro embarazo, por si vuelve a pasar lo mismo".

En el contexto de la pérdida perinatal se vuelve relevante la privacidad que se ofrece a las usuarias desde el primer momento y particularmente en el periodo post-parto o mientras están en compañía del hijo/hija fallecido. Valoran positivamente ser llevadas a salas donde pueden estar solas, mientras que es una vivencia dificil tener que estar con las madres que tienen a sus recién nacidos con ellas.

M03H: "Fue mejor estar sola que estar con las mamás que están con sus hijos"; M07H: "Creo que no es compatible dejar a una persona que no sabe si su hijo se va a morir con gente que está disfrutando a sus bebés, es un daño para mí y es un daño para esa gente"; M09C: "Estábamos con todos los otros bebés en incubadoras y sus padres. Y nosotros ahí... con un biombo, pero igual veíamos a otras mamás que estaban con sus hijos en brazos y yo con mi hija muerta, que se estaba poniendo helada, fue muy doloroso".

Proveer un espacio físico y emocional para la atención de la usuaria es relevante también para la realización de ritos de despedida con el RN. Fue significativo para las madres que se les permitiera ver a sus hijos si así lo deseaban, pudiendo con ello dejar de lado las fantasias que se generaron al ser informados de la muerte fetal.

M06H: "Yo no sabía si quería ver a mi hija, pero cuando la matrona me preguntó yo no pude decir que no... me la pasaron y le di muchos besitos..."; M03H: "A mí me preguntaron antes y me la pasaron. Estuve dos horas con ella y para mí era un bebé de siete meses que era normal". M07H: "Fue el momento más terrible porque no me la mostraron".

No contar con un espacio para el encuentro y despedida del recién nacido, transformó el duelo en un proceso más doloroso y difícil de sobrellevar para los padres.

P12C: "¡Ha sido terrible! En el momento del parto no pude estar, entonces desde ahí vienen todos los cuestionamientos, traumas y me vi de verdad superado, no quería asumir la realidad".

Hay objetos que los padres conservan como recuerdos tras el nacimiento de un hijo vivo y sano, como por ejemplo, el brazalete de identificación o un diploma con huellas del recién nacido. Estos elementos no son considerados en la atención del mortinato o mortineonato.

M11C: "Yo creo que realmente no saben cómo tratarlo, la gente se silencia, como que cuesta asumirlo. A mí me habría gustado haberle sacado la huella de sus manos, sus pies, pero nada de eso se me permitió".

Durante la hospitalización nuevamente se espera que el médico provea información clara y precisa, además de una actitud cuidadosa en relación al estado emocional de la madre que está en trabajo de parto de un feto muerto *in útero* o con un pronóstico ominoso en el periodo perinatal. Sin embargo, se experimentó un contacto mínimo e impersonal, que no abarcó más que los aspectos clínicos. Por otra parte, la relación con matronas en general se percibió más cercana, con satisfacción de los requerimientos de acompañamiento y contención. Las matronas mostraron especial preocupación por cuidar el manejo del dolor de parto, lo que se valoró como un elemento propio de una buena atención.

M02H: "No hubo mucha relación en realidad. Los doctores iban a verme y se iban, en cambio las matronas permanentemente me iban a preguntar cómo me sentía. De ellas estoy muy agradecida"; M05H: "Las matronas siempre estuvieron pendientes de mí, me ofrecían anestesia más que nada y nos dieron harta privacidad".

En los casos en que la muerte ocurrió en el periodo neonatal se efectuaron más acciones de contención emocional. La sensación de buen trato, empatía y sensibilidad se vincula a que el profesional valore la particularidad del proceso de duelo que vive la usuaria. La entrega de información clara y oportuna hace que la atención sea calificada como un "trato humano".

M07H: "Las matronas fueron a verme cuando se enteraron. Se sentaban y conversaban conmigo mucho rato, me trataban de consolar, no me dejaron sola"; M09C: "Él me dijo: yo no te voy a hablar más como doctor, te hablaré como persona. Ustedes tienen la opción de recibir el cuerpo, de hacer los funerales. Te quiero decir que lo hagas, porque es importante despedirse, cerrar el proceso".

Después de la pérdida reproductiva, no existe al alta de la hospitalización un protocolo de derivación/seguimiento psicológico o psiquiátrico como parte de la atención integral a la mujer puérpera y su pareja. Estas mujeres se integraron al control habitual del puerperio, teniendo solo como objetivo el inicio de un método anticonceptivo. El acceso a un proceso psicoterapéutico estuvo determinado por la aparición de síntomas y no en forma preventiva. La no validación del sufrimiento ante la muerte perinatal hace que las mismas madres intenten retomar sus vidas sin dar espacio a la elaboración de la pérdida, procuran seguir "funcionando" y rendir tal como lo hacían antes del evento.

M05H: "Me dijeron que tenía que continuar en control en consultorio, para que no fuera a quedar embarazada..."; M13H: "Yo retomé el trabajo y los estudios, como para olvidar de repente o no prestar atención a lo que me estaba pasando, pero empecé a tener episodios de angustia"; M03H: "Me dieron el alta y tenía que ir al consultorio, pero yo no fui, tampoco me traté con psicólogo, porque yo tengo un hijo y entonces me dije: "ya María asume, que tienes que seguir luchando por él".

Las diferencias de género, la falta de seguimiento y de apoyo especializado, acentúan el que después de esta experiencia se experimenten dificultades para volver a enfrentar con normalidad distintos aspectos de la vida cotidiana, especialmente en las madres; mientras que en los padres hubo mayor dificultad para expresar su dolor, sentimientos de culpa y miedos, más aún cuando su pareja estuvo en riesgo vital.

M13H: "Al principio fue difícil, era como que le había pasado a otra persona. Esa persona en el reflejo del espejo no era yo, era otra, no me reconocía a mí misma"; P10C: "Ella (su pareja) no asimilaba que yo estaba perdiendo dos personas y eso me tenía mal".

En cuanto a las relaciones de pareja, las madres describen lo importante que es el apoyo y comprensión de su pareja, ya que es la única persona cercana que ha pasado por lo mismo que ellas y esperan de ellos empatía y comprensión. Madres y padres concuerdan en que esta experiencia determina un antes y un después dentro de la vida matrimonial, pudiendo reafirmar la unión o produciendo una quiebra profunda en la relación.

M11C: "Estábamos estresados y conversábamos: "esto nos hace más fuertes o nos destruye", pero siento que nos afiatamos más. Tenemos algo en común, a nadie más le duele tanto y él es el único que puede entender". P12C: "Yo creo que el haber superado esto juntos nos reafirmó como pareja".

Las relaciones con la familia u otros cercanos a la pareja doliente se vuelven difíciles, ya que el sufrimiento profundo y devastador que el duelo perinatal puede generar suele ser una experiencia que no tiene una real visibilización social, haciendo que sus efectos se prolonguen y repercutan en la vida familiar, laboral y social.

M13H: "De repente la gente olvida que estás en duelo. Para las personas que perdemos a nuestro hijo en el vientre, es muy solitario el duelo, porque para los demás es nada, te dicen: "ya no importa, si total... ya vendrá otro"; M09C: "Recién estoy retomando mi trabajo como psicóloga. Estoy tomando pocos pacientes, porque me cuesta conectar con la gente. En esta semana tenía que nacer. ¡¡Y todo vuelve!! Me cuesta asumir que mi hija murió, que no está".

La idea de maternidad o paternidad futura mostró diferencias de género. En las mujeres se dificulta esta planificación por la incertidumbre de repetir la experiencia y de no saber si se ha superado el duelo, con temor a estar "reemplazando" al hijo que se perdió. En los padres el miedo se asocia a la idea de que se vuelva a repetir la experiencia vivida, especialmente cuando hubo riesgo vital para la madre. Ellos además destacaron la importancia de dar el espacio y tiempo que la mujer requiera para superar "su duelo", para así enfrentarse juntos a una nueva paternidad.

M11C: "Con el transcurso del tiempo, las cosas van mejorando y el sentimiento de felicidad aparece más seguido. Así surge la idea de volver a tener otro hijo"; M07H: "Sí, sí quiero volver a ser mamá, al principio sentía miedo de volver a intentarlo porque sentía que era como "el reemplazo" de la hija que perdí"; P10C: "Para mí es más el miedo sobre la enfermedad, el miedo de que ella (pareja) vuelva a estar en riesgo"; P08H: "Yo estoy dispuesto a ser papá cuando ella sienta la confianza de volver a ser mamá".

Discusión

Ser parte de una sociedad que vive de espaldas a la muerte y que convierte esta experiencia natural en un tabú anula la visibilización del duelo ante la pérdida reproductiva, inhibe las expresiones de dolor¹⁸ y dificulta la capacitación del personal sanitario para la comprensión y atención integral de los padres que viven esta experiencia. Es por este mismo motivo que suelen ser subestimadas las secuelas que produce este evento¹⁹, instalándose una tendencia generalizada a incitar a la persona en duelo a recuperarse rápidamente¹⁸. Se observó en las y los entrevistados que las consecuencias perduraron más allá del periodo de puerperio, lo que implica una trascendencia significativa en cuanto a duración y también al tipo de secuela, las que pueden abarcar desde un duelo prolongado, trastorno de ánimo, hasta cuadros de trastorno de estrés post-traumático (TEPT). Esto es independiente de si el embarazo fue deseado o no¹⁰.

Que la pérdida reproductiva sea subestimada en su impacto y trascendencia es agravado por la falta de destrezas de comunicación de los prestadores de salud, experimentándolo las y los usuarios como falta de empatía, insensibilidad, frialdad en el trato y falta de tacto al entregar información. La falta de habilidades de comunicación y de estrategias de acompañamiento emocional se evidencia cuando se ofrecen respuestas de contención tales como: "tranquila, más adelante podrás tener otros hijos"; esta respuesta al dolor expresados por la madre, aunque puede ser muy bien intencionada, es completamente inadecuada e incluso en ocasiones se percibe como violenta⁶.

Un aspecto relevante de la información que ofrecen los profesionales durante la atención es "la forma" como se plantea el diagnóstico, las indicaciones a seguir, los procedimientos a realizar y la explicación de una posible causa de muerte del hijo. Informar adecuadamente a los usuarios acerca de la atención que recibirán, y cuáles son los pasos a seguir en cada situación, puede incidir positivamente, por ejemplo, en el curso de las respuestas al dolor en el parto²⁰. Además, considerando el contexto y circunstancias que rodean la muerte perinatal se plantea que no necesariamente el apoyo siempre debe ser activo, a veces basta con escuchar y mostrar empatía a través del contacto físico o con palabras de consuelo, e incluso con la sola presencia o acciones simples como dar privacidad a la madre en duelo durante la hospitalización, proveer un espacio tranquilo para expresar las emociones y realizar una despedida o ritos¹⁰.

Este tipo de acciones fueron realizadas principalmente por las matronas, quienes suelen tener un mayor grado de cercanía emocional con las madres y sus familias. Además, mostraron preocupación explícita en relación a la experiencia de dolor físico que experimenta la mujer en el trabajo de parto, lo cual es valorado por estas como indicador de una buena atención. En cambio, la relación con el médico se centró solo en los aspectos clínicos de la atención, lo que hace que no sea del todo satisfactoria para la mujer.

Se identificaron deficiencias en las plantas físicas de servicios públicos y privados de salud. Las instituciones necesitan avanzar en proveer a las unidades de maternidad y neonatología de una infraestructura apta para atender y otorgar un espacio tranquilo y privado, con el ambiente propicio para el encuentro con acompañantes significativos y realizar la despedida del hijo/hija que ha fallecido. Hospitalizar a la madre que sufre la muerte del hijo/hija en salas de maternidad o puerperio, junto a madres que disfrutan la llegada de hijos sanos, confronta lo normal con lo antinatural de la muerte al inicio de la vida y se hace abrumador, pudiendo generar en estos padres duelos complejos que se expresan en un prolongado estado de obnubilacion, durante el cual el doliente tiene dificultades de contacto con una realidad que es tan difícil de aceptar¹⁰.

Las madres y los padres experimentan emociones tales como ansiedad, miedo y desconcierto, ante este proceso que sale de las expectativas y programas biológicos; convirtiéndose por ello en uno de los procesos de estrés emocional más intensos que puede experimentar un sujeto^{5,21}. Habitualmente la reacción del hombre depende de las responsabilidades que debe asumir en este escenario²². Se pudo evidenciar la dificultad en los varones para reconocer su propio duelo y afrontar las dudas sobre las circunstancias que llevaron a la muerte del hijo/hija, sobre cómo consolar a su pareja y la incertidumbre de cómo será su familia en el futuro, guizás por una limitada habilidad para soportar el dolor emocional, pues se considera que hablar de su propio sufrimiento reactiva el dolor en su pareja^{23,24}. El miedo a repetir la experiencia vivida fue más persistente cuando la madre estuvo en riesgo vital.

Entendiendo la violencia obstétrica como toda conducta, acción u omisión realizada por el personal de salud que de manera directa o indirecta afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, abuso de la medicalización y de los procesos naturales^{25,26}, se pudieron identificar elementos de violencia obstétrica en la atención de mujeres con pérdida reproductiva, como consecuencia de las acciones u omisiones de los profesionales sanitarios, matronas y médicos⁶. Hasta ahora solo se ha realzado su trascendencia en el parto de recién nacidos sanos, sin visibilizarlo en la atención otorgada en relación a la pérdida reproductiva en general.

Conclusiones

La forma en que se dan noticias en contextos de alta complejidad emocional, sumado a la subvaloración de los síntomas y emociones de los padres que viven una muerte perinatal, afectan directamente la vivencia del término de la gestación y el proceso de duelo, pudiendo convertirse en una expresión de violencia obstétrica, origen de una experiencia traumática que deja secuelas tanto en la mujer como en la familia, expresadas en forma de trastornos del ánimo y dificultad para reinsertarse social y laboralmente.

Así, al proceso del curso natural o patológico del duelo

puede sumarse un cuadro de trastorno de estrés post-traumático (TEPT), situación que podría llegar a recibir atención especializada solo cuando presente sintomatología altamente disruptiva, al no haber programas de prevención o seguimiento.

Por todo lo descrito, es necesario y urgente revalorar la importancia de la atención que se brinda ante una muerte perinatal, dada la trascendencia de esta experiencia en el curso de vida de las mujeres y sus familias.

Bibliografía

- Resolución Exenta Nº 264 Departamento de Asesoría Jurídica Santiago. Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas [internet]. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública; 2011 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e040010 11e010ef5.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Maternal and perinatal health. News [internet]. Geneva: OMS [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/
- Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci [internet] 2012 [citado 10 nov 2020]; 14(2):187–94. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/
- Pastor S. Abordaje de la pérdida perinatal un enfoque desde la investigación acción participativa. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería; 2016 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10045/54551
- Defey D, Díaz JL, Friedler R, Núñez M, Terra C. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Publicación Científica CLAP [internet]. 1992 [citado 10 nov 2020]; 1173. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1173.pdf
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano OPS/OMS. Duelo por un niño que muere antes de nacer [internet]. 2ª ed. Editorial Roca Viva; 1992. [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1173.pdf
- 7. Oviedo S., Urdaneta E, Parra F, Marquina M. Duelo materno por muerte perinatal. Rev Mex Ped [internet] 2009 [citado 10 nov 2020]; 76(5):215–9. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf
- 8. Fernández M, Cruz F, Pérez N, Robles H. Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. Index Enferm. [internet] 2012 [citado 10 nov 2020]; 21(1-2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000100011&script=sci_arttext&tlng=pt

- Oviedo S. Significado de la muerte del hijo en periodo perinatal para la madre: una mirada enfermera/o hacia el cuidado [internet]. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2011. [citado 10 nov 2020] Disponible en: http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/794/soviedo.pdf?sequence=1
- Kuse-Isingschulte MW, Beutel M, Hahlweg BC, Stauber M, Scheider K. Psychological coping with stillbirth. Course of grief response, influential factors, treatment satisfaction, patient management needs. Geburtsshilfe Frauenheilkd [internet] 1996 (jul.) [citado 10 nov 2020]; 56(7):380-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8964453
- 11. Pineda M, Rodríguez E. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en Instituto Materno Perinatal [internet] 2001. [citado 10 nov 2020] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib-virtual/Tesis/Salud/Pineda_E_M/cap2.htm.
- 12. Guic Sesnic E, Salas Nicolau A. El trabajo de duelo. ARS med [internet]. 7 de agosto de 2016 [citado 10 nov 2020]; 34(2):162-9. Disponible en: https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/215
- Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos (No. 614) [internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006. [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/92753 16147.pdf
- 14. Olza I. Parir. El poder del parto. Barcelona: Limpergraf; 2017.
- Cobo C. La violencia obstétrica [internet]. Santander: Universidad de Cantabria, Escuela Universitaria de Enfermería;
 2016. [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20G utierrez%20C..pdf?sequence=4
- 16. Olza I. PTSD and obstetric violence. Midwifery T [internet] 2013 [citado 10 nov 2020]; 105. Disponible en: https://midwiferytoday.com/mt-articles/ptsd-and-obstetric-violence/
- 17. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciencia & Saúde Colectiva [internet] 2012 [citado 8 dic 2020]; 17(3):613–19. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf
- 18. Riessman CK. Narrative methods for the human sciences. Sage publications [internet] 2008 [citado 10 nov 2020]; 21–52. Disponible en: https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&tid=0DdzM-vh54UC&oi=fnd&pg=PR7&ots=B81inyXMkd&sig=olAdc1HfwV6 tHFMZrsyRsg1U9pM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- 19. Tizón J. Sforza M. Días de duelo: encontrando salidas. Madrid: Editorial Alba; 2008.
- 20. Santos A, Yáñez M, Al-Adib M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad [internet]. Servicio Extremeño de Salud; 2015. [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
- 21. Pereira R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico [internet]. Bilbao: Escuela Vasco Navarra de Terapia familiar;

- 2014. [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Ev.-y-diagnóstico-del-duelo-normal-y-patógico.-R.-Pereira.-2014.pdf
- 22. Cordero M, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Rev. chil. pediatr. [internet]. 2004 ene [citado 10 nov 2020]; 75(1):67-74. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0370-41062004000100011&Ing=es
- 23. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [internet]. 2011 Mar [citado 10 nov 2020]; 31(1):53-70. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&Ing=es
- 24. Jacome M. Diferencias de género en el proceso de duelo seguido a una pérdida perinatal [internet]. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2015. [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/4655
- 25. Olza I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014; (111):79-83.

- ¹ Gloria Aurora Boal Herranz
- ² Ester Barrios Miras

Análisis de los factores sociales y sanitarios que influyen en el inicio y consolidación de la lactancia materna en Atención Primaria

¹ Matrona. Centro Salud San Fernando de Henares (Madrid).

E-mail: gloriaboal@hotmail.com

² Pediatra. Consultora IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Centro Salud San Fernando de Henares (Madrid).

Fecha recepción: 11 de julio de 2020. Fecha aceptación: 22 de noviembre de 2020.

Cómo citar este artículo:

Boal Herranz GA, Barrios Mas E. Análisis de los factores sociales y sanitarios que influyen en el inicio y consolidación de la lactancia materna en Atención Primaria. Matronas Hoy 2020; 8(3):15–31.

Resumen

Introducción: desde que en 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconociera como un problema de Salud Pública mundial proteger y apoyar la lactancia materna, muchas han sido las medidas implementadas para hacerlo. A pesar de ello, las cifras de inicio y mantenimiento de lactancia materna (LM) siguen siendo bajas en el mundo; la falta de apoyo a las madres y la escasez de medidas políticas, económicas y sociales hacen que las cifras de lactancia bajen drásticamente a partir de los primeros cuatro meses. El Centro de Salud San Fernando (Madrid) apoya y protege la lactancia de forma explícita desde el año 2015, motivo por el cual se ha realizado un estudio para profundizar en las razones y/ o circunstancias que ocasionan el cese, o por contra, el mantenimiento de la lactancia, con el fin de mejorar la asesoría y acompañamiento diario a las madres.

Objetivos: 1. Conocer la prevalencia de inicio y consolidación de la lactancia en el área de influencia sanitaria. 2. Analizar las fortalezas y dificultades que encuentra una madre para establecer la lactancia materna exclusiva. 3. Estudiar el efecto del apoyo de los profesionales de Atención Primaria en la consecución de la lactancia materna exclusiva.

Material y método: diseño: prospectivo, transversal, descriptivo, observacional. Tipo de estudio: correlacional. Criterios de inclusión: todas las mujeres puérperas que acudan a consulta del centro de salud con edad igual o superior a 18 años. Procedimiento: se ofrece a todas las madres, previo consentimiento e información, que acuden a consulta entre los tres/siete días de vida del recién nacido y hasta consolidar el tipo de alimentación

del lactante (primer mes de vida). Se les pasa una encuesta, en parte autocumplimentada, con ítem, escala autoelaborada y escalas validadas.

Resultados: la tasa de LM exclusiva al alta del hospital es de un 55,7%, siendo la tasa de LM al finalizar el estudio de un 58,8%. No se encuentran diferencias significativas en relación a la edad, nivel de estudios, uso de oxitocina intraparto o contacto piel con piel. Las madres primíparas, las madres con partos no eutócicos y los recién nacidos con menos semanas de gestación son las diadas con mayor dificultad para establecer la lactancia. Una salud psicofísica buena de la madre, una técnica de lactancia correcta y un nivel de autoeficacia materna alta, son factores fuertemente asociados a la consolidación de la lactancia en este medio.

Conclusiones: las tasas de LM exclusiva tras un mes de seguimiento son superiores a las tasas de alta en el hospital, seguramente por la intervención del personal sanitario; en esta población la edad materna, el nivel de estudios y el apoyo familiar es similar, así como el hecho de no encontrar casos de grandes prematuros y pocos casos de bajo peso. Los factores que se encuentran con una asociación más fuerte con el tipo de alimentación del recién nacido son la salud psicofísica de la madre, la técnica adecuada, medida por la escala LATCH y un nivel de autoeficacia materna alta, medida por la escala BSES-SF. El apoyo a la diada de forma mantenida es crucial para consolidar la lactancia.

Palabras clave: lactancia materna; condicionantes; factores asociados; determinantes.

Abstract

Analysis of social and health-related factors with impact on breastfeeding initiation and consolidation in Primary Care Introduction: in 1981, the World Health Organization (WHO) acknowledged as a world public health problem the protection and support for breastfeeding; since then, many measures have been implemented to this aim. Regardless of this, the figures for initiation and consolidation of breastfeeding (BF) are still low throughout the world: lack of support for mothers and limited political, economic, and social measures leads to a dramatic lowering in the breastfeeding figures after the first four months. The Centro de Salud San Fernando (Madrid) has explicitly supported and protected breastfeeding since 2015; that is why a study has been conducted in order to probe into the reasons and/or circumstances leading to the interruption or, on the contrary, the continuity of breastfeeding, with the objective to improve our consultancy and daily support for mothers.

Objectives: 1. To understand the prevalence of breastfeeding initiation and consolidation in the healthcare area. 2. To analyze the strengths and challenges for mothers initiating exclusive breastfeeding. 3. To study the effect of the support by Primary Care professionals on the achievement of exclusive breastfeeding.

Materials and method: design: a prospective, cross-sectional, descriptive, observational study. Type of study: correlational. Inclusion criteria: All ≥18-year-old post-partum women attending the health center for consultation. Procedure: It was offered to all mothers, after consent and information, who attended for consultation during the first three/seven days

of life of the newborn, and until consolidating the type of diet for the baby (first month of life). They completed a survey, partly self-completed, with items, self-made scale, and validated scales.

Results: the exclusive BM rate at hospital discharge was 55.7%, and at the end of the study, the BF rate was 58.8%. No significant differences were observed regarding age, education level, use of intrapartum oxytocin, or skin-to-skin contact. The pairs with the highest difficulty to establish breastfeeding were: primiparous mothers, mothers with non-eutocic delivery and newborns with a lower number of gestational weeks. A mother with good psychophysical health, an adequate breastfeeding technique and a high level of maternal self-efficacy were factors highly associated with breastfeeding consolidation in our setting.

Conclusions: after one-month follow-up, the rates of exclusive BF were higher than the rates at hospital discharge, probably due to the intervention of the healthcare staff. In this population, there was similarity in terms of maternal age, education level and family support; moreover, there were no cases of very preterm newborns, and few cases of low weight. The factors more strongly associated with the type of diet for the newborn were: the psychophysical health of the mother, an adequate technique, measured by the LATCH scale, and a high level of maternal self-efficacy, measured by the BSES-SF scale. Sustained support for the pair was essential for breastfeeding consolidation.

Key words: breastfeeding; conditioning factors; associated factors; determining factors.

Introducción

En 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora el "Código de Comercialización de Sucedáneos", con el fin de apoyar y proteger la lactancia materna, reconociendo como problema de Salud Pública mundial su mantenimiento por los beneficios documentados.

En 1990 surge la" Declaración de Innocenti" en la cual se insta a los gobiernos a adoptar medidas que protejan la lactancia materna, reconociéndolo como "meta mundial de salud". Solo un año más tarde, en 1991, comienza la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)" en la que UNICEF otorga el reconocimiento a aquellos hospitales, y más tarde centros de salud, "Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia", (IHAN) que apoyan y protegen la lactancia materna a través de la formación de los profesionales, el acompañamiento y formación de las madres y el abandono de medidas contrarias a ella.

El apoyo a la lactancia materna es la medida preventiva de carácter mundial que ha demostrado mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad tanto para los lactantes como para sus madres. UNICEF estima que 2,4 millones de muertes en menores de 5 años se podrían evitar en países subdesarrollados con su promoción¹.

En los países industrializados también aumenta la mortalidad en los niños no amamantados, se estima que un 25% más que los amamantados. Además de un 53% menos de ingresos por infecciones digestivas y un 27% menos en infecciones respiratorias en los bebés amamantados¹. En la actualidad la OMS reconoce a la fórmula artificial como un medicamento que debe ser prescrito por un médico y que no está exento de riesgos².

En el año 2001 el estudio PROBIT, realizado en Bielorrusia, compara por primera vez las diferencias de tasas de lactancia materna cuando los hospitales respetan la iniciativa IHAN frente a aquellos que no lo hacen. En los primeros, la tasa de lactancia a los cuatro meses era de 43,3% frente a 6,4% en los establecimientos no adheridos a la Iniciativa IHAN. La conclusión es evidente, el apoyo por parte de los sanitarios redunda en mejores tasas de lactancia materna³.

A pesar de la enorme evidencia científica que avala a la lactancia materna, las cifras de inicio y mantenimiento no son las esperadas, si bien su inicio es mayoritario, solo un 43%

sigue recibiendo lactancia materna los 6 meses de vida. En España, en el año 2012, un 46,9% recibía algún tipo de lactancia (exclusiva o mixta) a los 6 meses⁴.

Según los datos actuales, el 80% de las futuras madres tiene intención de amamantar. En este punto se plantean cuáles son los factores, las fortalezas y las barreras, que encuentran para poder llevarlo a cabo⁵.

A menudo son grandes los esfuerzos que realizan las madres para conseguir amamantar a sus hijos sufriendo, a la vez, muchas trabas en el camino de la consecución, como la influencia negativa social y cultural, el desconocimiento y/o las indicaciones contradictorias de los profesionales para ayudarlas. Los aspectos negativos psicológicos de la madre y la falta de apoyos sociales son algunos de los factores que se deben solucionar para que las mujeres consigan el objetivo. Objetivo, este, promovido por las autoridades sanitarias por la abrumante evidencia científica sobre los beneficios de la lactancia materna para el bebé y la madre¹.

En el año 2015, el Centro de Salud San Fernando de Henares (Madrid) solicitó la acreditación como centro IHAN, desde ese momento redobla esfuerzos para apoyar de forma explícita la lactancia materna ofreciendo asesoría y apoyo incondicional a las madres que desean establecerla.

Muchos son los factores que se observan en consulta, que influyen en la evolución del amamantamiento, desde factores individuales de la madre (su confianza, deseo y expectativas puestas en la lactancia), factores relacionados con el embarazo y parto (deseo de embarazo, tipo de parto, uso de medicamentos e instrumentalización del parto o cesáreas, edad gestacional, práctica del contacto piel con piel, separación madre hijo), factores relacionados con la técnica de amamantamiento (enganche, postura, dolor, presencia de suplementos, pezoneras), pero también factores más diversos como el nivel de estudios de la madre, el apoyo de la familia y pareja, el empleo o la falta de políticas que apoyen y defiendan la decisión tomada.

En este estudio se ha querido profundizar en cuál o cuáles de todos los factores citados tienen más influencia en la decisión de prolongar la lactancia con el fin de reconocer diadas de "riesgo" y mejorar el apoyo a las mismas.

Material y método

Diseño. Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

Tipo de estudio: correlacional.

Sujetos y ámbito de estudio:

• Criterios de inclusión: todas las mujeres puérperas que

- acudan a consulta del centro de salud con edad igual o superior a 18 años.
- Criterios de exclusión: madres cuyo hijo/a murió ante o intraparto o estuviera ingresado en cuidados intensivos neonatales durante el periodo de estabilización de la lactancia. Madres que no desean lactancia materna.
- Obtención de la muestra: se ofrece a todas las madres que acuden a consulta, entre los tres/siete días de vida del bebé y hasta consolidar el tipo de alimentación del lactante (primer mes de vida). La muestra se obtiene entre 24 de abril hasta 8 de julio y entre 23 de agosto de 2019 hasta el 29 de febrero de 2020, en el C.S. de San Fernando en la Comunidad de Madrid.

Tamaño de la muestra

Asumiendo un nivel de confianza del 95%, para una potencia de 80%, una desviación estándar de la puntuación total de cuestionario de 3.00 y una diferencia mínima a detectar en el cambio de puntuación del cuestionario de 3, se calcula un tamaño de muestra de 60 casos.

Descripción de las participantes: las participantes fueron 95 madres que acudieron al Centro de Salud San Fernando entre el 3^{er} y 7º días del parto y que fueron seguidas hasta consolidar el tipo de alimentación del lactante.

Procedimiento: todas las madres fueron informadas del estudio e invitadas a participar en él. Aquellas con disponibilidad para colaborar firmaban un consentimiento informado escrito. Se pasaron varias encuestas diseñadas y realizadas por las autoras, excepto escalas ya validadas como la escala LATCH y la escala de autosuficiencia (BSES), esta última se llevada a cabo de forma autocumplimentada por la madre para evitar sesgos.

Independientemente de que formen parte del estudio, a todas las madres de la zona de influencia se las oferta ayuda hasta la consolidación de la lactancia, lo cual incluye asistencia presencial, apoyo telefónico con horario ilimitado y apoyo material, psicológico y emocional.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de inicio y consolidación de lactancia materna en el área de influencia del Centro de Salud de San Fernando en San Fernando de Henares (Madrid).
- 2. Determinar la relación entre lactancia materna exclusiva (una vez consolidada durante el primer mes de vida) en el área de influencia sanitaria del centro de salud con las siguientes variables (Cuadro 1):

Hipótesis: las hipótesis se recogen en los Cuadros 2 y 3.

Viabilidad del proyecto

Este estudio se consideró viable porque sus autoras trabajan en el ámbito de la Atención Primaria del Servicio Madrileño

de Salud atendiendo a mujeres puérperas y sus hijos/as, con lo que la disponibilidad de tiempo y población está garantizada.

Este proyecto se hará en el Área Sanitaria Sureste de Madrid, en la población de San Fernando de Henares de Madrid.

Cuadro 1. Variables					
Datos generales	Antecedentes de embarazo y parto	Técnica de lactancia			
a) Edad de la madre	f) Semanas de gestación	m) Escala de LATCH			
b) Número de hijos	g) Peso del recién nacido (RN)	n) Utilización de pezonera			
c) Pareja	h) Tipo de parto	o) Estímulo de la producción láctea median			
d) Nivel cultural	i) Oxitocina durante el parto	extracción de leche manual o con extractor			
e) Escala físico-psico-social	j) Contacto piel con piel al nacimiento	p) Escala de autosuficiencia			
	k) Tipo de lactancia durante la estancia en el hospital				
	l) Apoyo percibido por la madre del profesional sanitario durante la estancia en el hospital				

Cuadro 2. Factores con relación directa con la lactancia materna

Existe una relación directa entre la lactancia materna con los siguientes factores

- a) Semanas de gestación a término
- b) Peso del RN mayor de 2.500 g
- c) Parto eutócico
- d) Realización de contacto piel con piel al nacimiento con enganche
- e) Lactancia materna durante la estancia en el hospital
- f) Apoyo percibido por parte de la madre del profesional durante la estancia en el hospital por turno
- g) Estímulo de la producción láctea mediante extracción de leche manual o con extractor
- h) Puntuación alta en escala psicofísica
- i) Puntuación alta en escala de LATCH
- i) Puntuación alta en escala de autosuficiencia

Cuadro 3. Factores con relación inversa con la lactancia materna

Existe una relación inversa entre la lactancia materna con los siguientes factores

- k) Edad joven de la madre
- I) Primiparidad
- m) Ausencia de pareja
- n) Bajo nivel estudios
- o) Administración de oxitocina durante el parto
- p) Utilización de pezonera

Definición de las variables

Variable dependiente: lactancia materna en Atención Primaria. Se entiende por lactancia materna exclusiva aquella que se ha consolidado tras superarse las dificultades habidas, independientemente del tipo de alimentación que se utilizó hasta conseguirlo. Esto es, si el lactante necesitó apoyo con sucedáneos durante unos días hasta recuperar el peso de forma adecuada o superar las dificultades de la madre pero si después se consolidó lactancia completa con leche materna, se entiende que se consigue el objetivo.

- a) Edad de la madre. Variable cuantitativa medida en años en el momento del parto.
- b) Número de hijos. Número de hijos que tiene la mujer, previos a este embarazo. O. No tiene hijos previos. 1.
 Tiene un hijo previo. 2. Tiene dos o más hijos previos.
- c) Pareja. Variable dicotómica: O. No tiene pareja. 1. Tiene pareja durante el embarazo y puerperio.
- d) Nivel sociocultural. Variable nominal. 0. No. 1. Estudios primarios. 2. Estudios secundarios. 3. Formación universitaria.
- e) Semanas de gestación. Variable nominal. 1. Prematuro tardío: 34-37. 2. Término precoz: 38-39. 3. A término: 39-41. 4. Postérmino: mayor de 42.
- f) Peso del recién nacido (RN). Variable nominal. 1. Menor de 2.500 g. 2. Entre 2.500-3.000 g. 3. Entre 3.000-3.500 g. 4. Entre 3.500-4.000 g. 5. Mayor de 4.500 g.
- g) Tipo de parto. Variable nominal. 1. Eutócico sin episiotomía. 2. Eutócico con episiotomía. 3. Instrumental. 4. Cesárea.
- h) Oxitocina durante el parto. Variable dicotómica. O. No se administra. 1. Sí se administra.
- Realización piel con piel al nacimiento. Variable nominal.
 No se realiza.
 Se realiza sin toma.
 Se realiza con toma.
- j) Tipo de lactancia durante la estancia en el hospital. Variable nominal. 1. Lactancia materna exclusiva. 2. Lactancia mixta con leche materna mayor del 50%. 3. Lac-

- tancia mixta con leche materna menor del 50%. 4. Lactancia artificial.
- k) Apoyo profesional percibido por la madre durante la estancia en el hospital. Variable nominal. O. Ningún apoyo.
 1. Con observación de una toma por día. 2. Con observación de una toma por turno.
- Utilización de pezonera. Variable dicotómica. O. No se utiliza.
 Se ha utilizado durante la estancia hospitalaria.
- m) Estímulo de la producción láctea mediante extracción manual de leche o con extractor, medido diariamente durante los primeros días postparto: se valora la frecuencia por día y la cantidad extraída.

Variable independiente: tipo de lactancia en Atención Primaria. Nominal. Variable dependiente a medir y clave en el estudio, evalúa la consecución de lactancia materna tras analizar las variables independientes. 1. Lactancia materna exclusiva. 2. Lactancia mixta con leche materna mayor del 50%. 3. Lactancia mixta con leche materna menor del 50%. 4. Artificial.

Instrumentos de recogida de información/encuestas

- Escala de LATCH: descrita por Jensen et al. en 1994 y validada al español en 2008. Valoran cinco aspectos relacionados con postura, agarre, deglución, tipo de pezón y existencia de dolor. Cada ítem se puntúa de 0-2 con un máximo de 10 en el resultado total. La escala fue realizada una vez se dio por consolidada la lactancia entre los 7 y los 30 días. Tabla 1.
- Escala autodefinida de aspectos psico-físicos-sociales percibidos por la madre. Valora cinco ítems: estado físico materno, estrés materno, estado de ánimo, deseo de lactar y apoyo social percibido; todos ellos puntuados con escala de Liker 1-7. Tabla 2.
- Escala de autosuficiencia BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form), se puntúa de 1 a 5, donde 1 indica "nada segura" y 5 "muy segura", una serie de 14 ítems. A mayor puntuación mayor autoeficacia. La escala fue autocumplimentada entre los días 7 y 30 del estudio, una vez se consideraba consolidada la lactancia. Tabla 3.

Tabla 1. Escala LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano				
	0	1	2	
L. <i>Latch</i> Coger	Demasiado dormidoNo se coge al pecho	Repetidos intentos de cogerseMantiene pezón en la bocaLlega a succionar	Agarra el pechoLengua debajoLabios que ajustanSucción rítmica	

Tabla 1. Escala LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano (continuación)				
	0	1	2	
A. Audible swalow-ing Deglución audible	Ninguna	Un poco si se le estimula	Espontáneamente si es menor de 24 horas de vida	
T. <i>Type of Nipple</i> Tipo de pezón	• Invertidos	• Planos	Evertidos tras estimulación	
C. Comfort Comodidad/Confort (pecho/pezón)	 Ingurgitadas Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes Disconfor, dolor severo 	 Mamas Ilenas (cargadas) Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras Disconfor, dolor medio o moderado 	Mamas blandas No dolor	
H. <i>Hold</i> (<i>positioning</i>) Mantener colocado al pecho	Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	 Mínima ayuda (colocar una almohada) Si se le enseña de un lado la madre lo coloca al otro El personal lo coloca y luego la madre sigue 	 No se necesita ayuda del personal La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho 	

Tabla 2. Escala autoelaborada de aspectos psicofísicos		
Nivel de cansancio materno	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
Estrés percibido, estado de ánimo percibido	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
Estado de ánimo percibido	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
Deseo de lactar	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
Apoyo social percibido	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	

1. Siempre sé que mi bebé está bien, tomando suficiente leche	1, 2, 3, 4, 5
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que otros retos de mi vida	1, 2, 3, 4, 5
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin leche artificial o en polvo como complemento	1, 2, 3, 4, 5
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se agarra bien al pecho durante la toma	1, 2, 3, 4, 5
5. Siempre puedo manejar la lactancia de forma satisfactoria para mí	1, 2, 3, 4, 5
6. Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé esté llorando	1, 2, 3, 4, 5
7. En todo momento sigo con ganas de amamantar a mi bebé	1, 2, 3, 4, 5
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de miembros de la familia	1, 2, 3, 4, 5
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí	1, 2, 3, 4, 5
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo	1, 2, 3, 4, 5
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro	1, 2, 3, 4, 5
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé	1, 2, 3, 4, 5
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide	1, 2, 3, 4, 5
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no	1, 2, 3, 4, 5

Análisis de los datos

Para la realización de este trabajo se utilizó el programa estadístico de SPSS (Stadistical Product and Service Soltianas).

Las técnicas estadísticas han sido las siguientes:

- Tablas de frecuencias, medidas de tendencia, control central y de variabilidad.
- Las variables categóricas fueron descritas en términos de número y frecuencia porcentual y las variables numéricas en términos de promedio y desviación estándar.
- Para comparar la normalidad de las variables se utilizó el coeficiente de asimetría curtosis y la prueba de Kolmogorov-Smirnow.
- La variable dependiente, tipo de lactancia en Atención Primaria, con escala de medida nominal se comparará con las siguientes variables (Cuadro 4).

Resultados

Descriptivos

Lo resultados se encuentran recogidos en la Tabla 4.

Se han estudiado 95 diadas madre-hijo, de las cuales el 58,8% tuvo lactancia materna exclusiva tras el periodo

de establecimiento de lactancia, primer mes de vida. Un 17,9% consiguió lactancia mixta en un porcentaje mayor del 50% con respecto a sucedáneos, un 14,4% con porcentaje menor del 50% de lactancia materna y un 7,2% de lactancia artificial, por lo que se cumplió el primer objetivo.

Se encuentra que del total de la muestra (N 93), el 53,6% de las madres no tenía hijos previos, el 38,1% tenía un hijo previo y el 4,1% tenía más de dos hijos.

Del total de la muestra (N 95) el 6,2% tenía entre 34-37 SG en el momento del parto, el 32,0% entre 38-39 SG, el 58,8% entre 40-41 SG y el 1,0% más de 41 SG.

El tipo de parto encontrado en la muestra (N 95) corresponde al 25,3% parto vaginal sin episiotomía, 46,6% parto vaginal con episiotomía, 9,5% parto instrumental y 18,9% cesárea.

En cuanto al tipo de lactancia en hospital se recoge un 55,7% de lactancia materna exclusiva, un 19,6% corresponde a lactancia mixta con más de un 50% de materna, 15,5% lactancia mixta menor del 50% materna y 6,2% lactancia artificial, del total de la muestra (N 93).

El uso de pezoneras se da en el 20,6% de las madres estudiadas (N 94).

El estímulo de la producción láctea mediante extracción de leche corresponde a un 67,0%, (N 95) todas ellas en el ámbito de la Atención Primaria.

Nominales	Numéricas
Edad de la madre b) Número de hijos c) Pareja d) Nivel cultural e) Semanas de gestación f) Peso del recién nacido (RN) g) Tipo de parto h) Administración de oxitocina durante el parto i) Realización piel con piel al nacimiento ii) Tipo de lactancia durante la estancia hospitalaria k) Apoyo profesional percibido por la madre durante la estancia hospitalaria ii) Utilización de pezonera en el hospital m) Estímulo de la producción láctea mediante extracción de leche manual o con extractor Para este análisis se utilizó el estadístico "Correlación de Spearman"	a) Aspectos físico-psico-sociales de la madre b) Escala de LATCH c) Escala de autosuficiencia Para este análisis se utilizó el estadístico "Correlación de Pearson"

		Frecuencia	Porcentajo
lad de la madre	< 20	4	4,1
	20-25	24	24,7
	26-30	29	29,9
	31-35	38	39,2
	> 35		00,2
úmero de hijos	0	52	53,6
amero de mjos	1	37	38,1
	2	4	36,1 4,1
roio	Sí	94	
reja			96,9
	No	1	1
tudios	Primarios	6	6,2
	Secundarios	39	40,2
	Universitarios	34	35,1
manas de gestación	34-37	6	6,2
_	38-39	31	32,0
	40-41	57	58,8
	> 41	1	1,0
o recién nacido	< 2.500	7	7,2
o recien macido	2.501-3.000	22	22,7
	3.001-3.500	37	38,1
	3.501-4.000	25	
	> 4.000	4	25,8 4,1
		4	4,1
o de parto	Vaginal sin episiotomía	24	25,3
	Vaginal con episiotomía	44	46,6
	Instrumental	9	9,5
	Cesárea	18	18,9
ocina	No	17	17,5
	Sí	62	63,9
l con piel	No	17	17,5
	Sí, sin toma	23	23,7
	Sí, con toma	54	55,7
alimentación hospital	LM exclusiva	54	55,7
	LM > 50%	19	19,6
	LM < 50%	15	15,5
	L Artificial	6	6,2
yo percibido del	No C'	16	16,5
fesional	Sí, por día	26	26,8
	Sí, por turno	51	52,6
lización de pezonera	No	73	75,3
- Francisco	Sí	20	20,6

Tabla 4. Descriptivos: frecuencias y porcentajes (continuación)			
		Frecuencia	Porcentaje
Estímulo de la secreción	No	30	30,9
láctea	Sí	65	67,0
Tipo alimentación Atención	LM exclusiva	57	58,8
Primaria	LM > 50%	17,5	17,9
	LM < 50%	14	14,4
	L Artificial	7	7,2

En la Tabla 5 se encuentran las asociaciones entre las siguientes variables:

En la variable aspectos psicofísicos se obtuvo una media de 28,53, con un valor máximo de 35 y mínimo de 9, (N 95).

Se encuentra una media en la escala de LATCH de 8,12, con un máximo 10 y un mínimo de 0, (N 95).

En la Escala suficiencia se observa una media de 55,35, con un máximo 73 y mínimo de 18, (N 94).

Correlaciones

Los resultados que se describirán se encuentran recogidos en la Tabla 6.

Tabla 5. Descriptivos: medias					
	Aspectos psicofisicos	Escala LATCH	Escala autosuficiencia		
N Válidos	95	95	94		
Perdidos	2	2	3		
Media	28,53	8,13	55,35		
Mediana	29,00	9,00	59,50		
Mínimo	9	0	18		
Máximo	35	10	73		

Tipo de lactancia en AP	N	Coeficiente de Correlación Rho de Spearman	Sig. (bilateral)	
Semanas de gestación	95	-,216*	,035	
Peso del recién nacido	95	-,039	,711	
Tipo de parto	95	,262*	,010	
Contacto piel con piel	94	-,140	,177	
Tipo de lactancia en hospital	94	,376**	,000	
Apoyo percibido del profesional en hospital	93	,232*	,025	
Estimulo de la secreción láctea mediante extracción de leche	95	-,265**	,009	
Edad de la madre	95	-,006	,954	
Número de hijos	93	-,213*	,040	
Nivel de estudios	90	-,084	,432	
Uso de pezoneras	94	-,214*	,039	

^{*} La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

^{**} La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tipo de lactancia en Atención Primaria-semanas de gestación

a) Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria con semanas de gestación a término.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con las semanas de gestación se ha observado que existe una relación lineal significativa, con N= 93; Rho de Spearman -,213; p-siq.= ,040; IC95%. Por lo que se confirma la H1.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-peso RN

 Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria y un peso del recién nacido mayor de 2.500 q.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el peso al nacer del recién nacido no se observa relación entre ambas con N= 95; Rho de Spearman -.039; p-sig= ,711; IC95%. Por lo que se descarta la H1.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-tipo de parto

c) Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria y parto eutócico.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el tipo de parto se ha observado que hay una relación lineal significativa entre ambas con N= 95; Rho de Spearman -,262; p-sig= ,010; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-contacto piel con piel

 d) Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria y el contacto piel con piel al nacimiento con enganche.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el contacto piel con piel se ha observado que no existe una relación entre ambas con N= 94; Rho de Spearman -,140; p-sig= ,177; IC95%. Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Tipo de Lactancia en Atención Primaria-tipo de lactancia en hospital

e) Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria y lactancia materna en hospital.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el tipo de lactancia en el hospital se ha observado que existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 94; Rho de Spearman -,376; p-sig= ,000; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-apoyo percibido por parte de la madre en el hospital

f) Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria y el apoyo percibido por parte de la madre en el hospital.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el apoyo percibido por la madre se ha demostrado que existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 93; Rho de Spearman -,232; p-sig= ,025; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-estímulo de la producción láctea extracción

g) Existe una relación directa entre la lactancia materna en Atención Primaria y el estímulo de la producción láctea mediante extracción de leche manual o con extractor.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el estímulo de la producción láctea mediante extracción de leche manual o con extractor se observa que hay una relación lineal significativa entre ambas con N= 95; Rho de Spearman -,265; p-sig= ,009; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis

Tipo de lactancia en Atención Primaria-edad de la madre

h) Existe una relación inversa entre la lactancia materna y la edad joven de la madre.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con la edad de la madre se ha visto que no existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 95; Rho de Spearman -,006; p-sig= ,954; IC95%. Por lo que se descarta la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-paridad

 i) Existe una relación inversa entre lactancia materna y primiparidad.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el número de hijos previos se ha observado que existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 93; Rho de Spearman -,213; p-sig= ,040; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-nivel de estudios

- j) Existe una relación inversa entre lactancia materna y nivel bajo de estudios.
- k) Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el nivel de estudios se ha observado que no existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 90; Rho de Spearman -,084; p-sig= ,432; IC95%. Por lo que se descarta la hipótesis nula.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-uso de pezoneras

 Existe una relación inversa entre la lactancia materna y uso de pezoneras.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con el uso de pezoneras durante la estancia en el hospital se ha visto que existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 94; Rho de Spearman -,214; p-sig= ,039; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-Escala psicofísica

Los resultados se encuentran recogidos en la Tabla 7.

m) Existe una relación directa entre la lactancia materna y una puntuación alta en la Escala psicofísica.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con la Escala psicofísica se ha observado que hay una relación lineal significativa entre ambas con N= 95; correlación de Pearson -,235; p-sig= ,022; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-Escala de LATCH

n) Existe una relación directa entre la lactancia materna y una puntuación alta en la escala de LATCH.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con la Escala de LATCH se ha observado que existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 95; correlación de Pearson -,631; p-sig= ,000; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Tipo de lactancia en Atención Primaria-Escala de autosuficiencia

 o) Existe una relación directa entre la lactancia materna y una puntuación alta en la Escala de autosuficiencia.

Al asociar el tipo de lactancia en Atención Primaria con la Escala de autosuficiencia se ha observado que existe una relación lineal significativa entre ambas con N= 94; correlación de Pearson -,559; p-sig= ,000; IC95%. Por lo que se confirma la hipótesis.

Discusión

La lactancia artificial es una de las actuaciones sanitarias no controladas y realizadas a gran escala más importantes que se ha llevado a cabo y se sigue realizando en la edad pediátrica. Posiblemente todavía hoy solo se conozca una parcela mínima de las consecuencias que su introducción indiscriminada va a tener en la salud de los menores que los niños de hoy son los adultos del futuro⁶.

Según publica la OMS la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida disminuye el riesgo de infecciones intestinales y respiratorias, reduce la mortalidad neonatal y el síndrome de muerte súbita del lactante. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial. A largo plazo los menores amamantados tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y obesidad en edad adulta, consiguiendo además mejores puntuaciones en pruebas de inteligencia, desarrollo infantil y reducción de los costes sanitarios. La lactancia materna genera beneficios económicos para las familias y también para los países. La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres, reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama, disminuye la hemorragia postparto y ayuda a espaciar los embarazos².

Para el inicio y continuación de la lactancia materna exclusiva⁷ no es suficiente que las mujeres estén concienciadas para amamantar y que hayan recibido educación prenatal; necesitan apoyo y ciertas condiciones psico-sociales para conseguirlo. Las mujeres puérperas que amamantaron a sus recién nacidos, bien sea con lactancia materna exclusiva, materna predominante o complementaria, fueron aquellas que habían recibido más información y apoyo en la lactancia materna. Las posibilidades de éxito en el inicio y continuación de la lactancia materna se reducen cuando a los factores maternos negativos se suman el insuficiente soporte educativo⁷⁻⁹.

		_		
Lah	la 7	('orre	laciones	

Tipo de lactancia en AP	N	Correlación Pearson	Sig. (bilateral)
Aspectos psicofísicos	95	-,235*	,022
Escala LATCH	95	-,631**	,000
Escala autosuficiencia	94	-,559**	,000

^{*} La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

^{**} La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

- Incidencia inicial: al inicio del estudio un 55,7% presentaba lactancia materna exclusiva y un 35,1% lactancia mixta, esta cifra es relativamente más baja que la publicada por el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias donde la incidencia de lactancia materna exclusiva fue del 93,5% reduciéndose el 10% al mes de vida y manteniéndose esta tendencia mensual hasta el cuarto mes de vida⁷. La Comunidad de Madrid indica una incidencia de LM exclusiva al alta del 77,6%¹⁰.
- Incidencia de continuidad: a la finalización del seguimiento, aproximadamente al mes de vida, un 58,8% de las diadas había conseguido una lactancia materna exclusiva frente a un 32,3% que mantenía lactancia mixta (17,9% con LM > 50% y 14,4% con LM < 50%). Un 7,2% había pasado a lactancia artificial. Esta cifra sigue siendo más baja que la encontrada en otras publicaciones, en España las cifras de lactancia materna exclusiva a las seis semanas es de un 66,2%¹¹. No obstante, llama la atención cómo la primera cifra supera al número de madres que al inicio del estudio estaban en LM exclusiva, el apoyo del personal a la madre de forma continuada redunda en una mejora de las cifras de lactancia materna, aunque estas sean bajas de inicio.
- Edad materna: en la muestra estudiada la media de edad de las madres era 33,34, solo cuatro madres (4,1%) eran menores de 20 años y ninguna superaba los 35 años. Por dicho motivo, no se encontró en este estudio relación entre la edad y el tipo de alimentación del menor. En otras publicaciones sí se observa que a menor edad materna, sobre todo cuando se trata de madres adolescentes, menor periodo de lactancia materna^{7-9,12-14}.
- Paridad: en este estudio un 53,6% era madre primípara frente a un 42,2% que tenía hijos previos a este embarazo. La existencia de experiencias previas exitosas facilita la consolidación de la lactancia, no solo por el aprendizaje anterior sino por el aumento de confianza materna en la consecución del objetivo. Al igual que en otras publicaciones, en la muestra se encuentra que la mujer primípara tiene mayor dificultad para establecer la lactancia materna. Las prácticas y experiencias previas de las mujeres de una misma familia afectan a la incidencia y la duración de la lactancia materna^{7-9,13,16-18}.

De la misma manera que no haber alimentado al hijo anterior con LM aumenta la probabilidad de abandono de esta^{7-9,12-14}

Acompañamiento: el 96,9% de las madres tuvo acompañamiento por parte de sus parejas, no siendo una muestra valorable en este sentido. En otras publicaciones si existe una relación entre las madres no acompañadas y la alimentación del menor, las madres solteras o solas optan por lactancia artificial de forma predominantemente⁷, tienen menores cifras de lactancia materna exclusiva a los seis meses^{8,13} y abandonan antes la lactancia materna¹⁵.

- En cambio, un 92,4% de las mujeres cuyas parejas eran partidarias de lactancia materna habían optado por algún tipo de lactancia. Aquellas parejas no partidarias de la lactancia materna se asociaron con un porcentaje de lactancia artificial hasta un 71.4 %¹⁵.
- Formación materna: en el presente estudio solo un 6,2% tenía estudios primarios, no se ha encontrado ninguna relación entre el nivel de estudios y el tipo alimentación del bebé. Este dato en otras publicaciones resulta contradictorio, así en los países desarrollados un alto nivel de estudios se relaciona con mejores tasas de lactancia, mientras que la relación se invierte en países subdesarrollados¹5. Rivera et al.¹³ encontraban que en Cuba las madres en las que la lactancia materna exclusiva duró menos de seis meses se relacionaba con aquellas cuyos factores bio-sociales correspondían a un nivel de escolaridad de secundaria, seguidos de escolaridad universitaria, sin asociación significativa. En Costa Rica, Nevedy et al. demostraban que el nivel educativo es un predisponente positivo para la lactancia¹9.
- Edad gestacional: en la presente muestra el 91,8% era recién nacido de más de 38 semanas de gestación, solo seis eran prematuros de entre 34-37 s.g. Aun así se encuentra una relación entre las semanas de gestación y el tipo de alimentación, siendo los de menor edad los que encuentran mayor dificultad para consolidar la LM. Un 38,2% era menor de 39 semanas, aquello que se considera un "pretérmino tardío" o un "término precoz", a menudo son pacientes dados de alta con peso adecuado pero con un grado de inmadurez que dificulta el establecimiento de la lactancia materna.
- Peso neonatal: un 68% de los recién nacidos había pesado más de 3.000 g al nacimiento, solo siete eran menores de 2.500 g, por dicho motivo en este estudio no se encuentran diferencias significativas entre el peso del recién nacido y el tipo de alimentación. En otras publicaciones las diadas con niños con peso al nacimiento mayor de 2.500 g fueron más tendentes a conseguir una lactancia materna exclusiva, mientras que solo el 15,7% de los niños de muy bajo peso (MBPN) fueron amamantados y de los niños con peso al nacimiento moderadamente bajo (PNMB), entre 1.500 a 2.500 g, solo el 6,7% mantuvo lactancia materna durante seis meses^{8,9}.
- Tipo de parto: el 70,1% de los partos de esta muestra fue eutócico, con o sin episiotomía y se encuentra una relación entre el tipo de parto y la alimentación del bebé. El parto eutócico se relaciona fuertemente con la consolidación de la LM. Este valor es una constante en estudios nacionales e internacionales, cambiar las políticas hospitalarias hacia un parto más humanizado, con menos tasa de cesáreas (en este estudio un 18,9%), es fundamental para mejorar las cifras de lactancia⁵.

- Uso de oxitocina: en este análisis la administración de oxitocina durante el trabajo de parto no influyó en el tipo de alimentación del neonato. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el presente hospital de referencia se administra oxitocina de forma protocolaria durante el postparto y puerperio inmediato, lo que ha podido enmascarar la diferencia entre administración o no de oxitocina intraparto. La oxitocina proporcionada durante el parto y postparto inmediato interfiere en el establecimiento de la lactancia materna disminuyendo el tiempo de lactación, dificultando la succión precoz del neonato, alterando el equilibrio hormonal materno e influyendo en el establecimiento del vínculo madre-hijo²².
- Contacto piel con piel: solo un 17,5% de los recién nacidos de la muestra no realizó piel con piel inmediato. Al ser parte del protocolo del hospital de referencia el alojamiento conjunto no hay diferencias significativas entre la separación inicial y el tipo de alimentación. Un apoyo al inicio de la lactancia y un alojamiento conjunto pueden superar los efectos de esta separación inicial. Las primeras medidas al nacimiento como son el contacto "piel con piel" al nacer, la primera puesta al pecho en paritorio y cohabitación madre-hijo durante la estancia en el hospital mejoran las tasas de inicio y consolidación de la LM¹5.
- Introducción de suplementos en la lactancia materna: existe una asociación estadísticamente significativa entre la introducción de suplementos de lactancia materna^{8,19,26} u otros líquidos durante la estancia del recién nacido en la maternidad y el cese de lactancia materna exclusiva al mes de vida. Los recién nacidos suplementados presentaron un 55% más riesgo de perder de lactancia materna exclusiva²⁶.

Se ha encontrado que de los niños que acudieron al CS con lactancia mixta o artificial (41 diadas) solo tres consiguieron LME, el resto (38 diadas) mantuvo lactancia mixta o artificial, por lo que se concluye que, a pesar de la dedicación y esfuerzo con la madre, solo se consigue revertir tres diadas a lactancia materna exclusiva (Tabla 8). Este hecho se asocia

a una mayor dificultad en el enganche al pecho como se muestra al relacionar el tipo de lactancia con la escala de LATCH donde se encuentra una relación lineal estadísticamente significativa entre lactancia materna y puntuación alta en dicha escala (Tabla 7).

En este punto se ha de ser consciente que la introducción precoz de suplementos, tenga o no justificación, merma la confianza de la madre.

- Apoyo sanitario a la lactancia: el 52,6% de las madres de la investigación refería haber tenido una supervisión de la toma por turno durante su estancia en el hospital, percibiendo de forma positiva el apoyo de los sanitarios, a pesar de ello las tasas de LM exclusiva al alta son bajas, y en consecuencia se cree que mejorar la capacitación del personal es fundamental para que el apoyo sea eficaz. Se ha encontrado una relación directa entre el apoyo del profesional en el hospital percibido por la madre y la LM establecida en Atención Primaria. La intervención sanitaria tanto en el hospital como en Atención Primaria es una medida que mejora la autoeficacia materna²³ de la misma manera que las posibilidades de éxito en el inicio v continuación de la lactancia materna se reducen cuando a los factores maternos negativos se suman la falta de atención y apoyo percibido dentro del hospital³.
- Uso de pezonera: un 20,6% de las madres de la muestra utilizaba pezonera desde los primeros días del hospital, cifra alta en relación a otras publicaciones. En el presente estudio se ha encontrado una diferencia significativa entre el uso de pezonera y una mayor dificultad del recién nacido para el correcto enganche y, por lo tanto, mayor dificultad para establecer la lactancia materna. De las 20 madres que la utilizaron solo dos han consolidado LM exclusiva al final del seguimiento. El uso de pezonera contribuye a una incidencia menor de lactancia materna con una significación estadística fuerte. Esta relación se acompaña de mayor dificultad para establecer un buen enganche, menor ganancia de peso del recién nacido o mayor probabilidad de que este manifieste un estado decaído entre otros factores²⁶.

labla	8.	Tipo	de	lactancia	en	Atención	Primaria	

		Tipo de lactancia en AP						
		Materna	Mixta > 50%	Mixta < 50%	Artificial	Total		
Tipo de lactancia en hospital	Materna	41	7	2	4	54		
	Mixta > 50%	9	4	6	0	19		
	Mixta < 50%	6	4	5	1	16		
	Artificial	1	2	1	2	6		
Total	•	57	17	14	7	95		

• Estimulación láctea: el 67% de las mujeres del estudio realizó extracción de leche, animadas por el personal del centro para asegurar su producción. Se ha encontrado una asociación positiva entre el estímulo de la producción láctea mediante extracción de leche y la consolidación de lactancia materna exclusiva al finalizar el estudio.

Durante los primeros tres meses postparto, una de las razones más comunes de abandono es la hipogalactia²⁸, aunque en muchas ocasiones es más la percepción materna de no tener suficiente cantidad de leche que la realidad. Asegurar una buena producción de leche mediante extracción mejora la consolidación de la lactancia en las diadas de riesgo.

- Grado de salud mental-emocional: las madres con pobre salud mental o emocional¹² son las que menos probabilidad tienen de brindar lactancia materna exclusiva. Su efecto es multidimensional e incluye la fatiga³¹, la depresión³² y/o la falta de sueño. Es factible que medien factores de orden psicosocial, principalmente aquellos relacionados con las redes de apoyo familiares¹⁸ durante el embarazo, parto y puerperio. Se han valorado estos aspectos de forma conjunta mediante la Escala de aspectos psicofísico y social y se ha observado una clara relación entre una alta puntuación de aquellos y la estabilización de la lactancia materna en Atención Primaria.
- Técnica de amamantamiento: en relación con la técnica de amamantamiento se encuentra que al aplicar la escala LATCH a las diadas del estudio, una vez resueltos los problemas iniciales, la media es de 8,13 con una fuerte relación positiva entre altos niveles de escala y tipo de alimentación, a favor de la lactancia materna. La escala LATCH valora de forma rápida y objetiva los problemas de enganche, postura y succión de la diada³⁴. Las razones más comunes de abandono de la lactancia materna incluyen la posición equivocada para dar de mamar y para el agarre del pezón³⁴, así como el apoyo insuficiente, sobre todo en las primeras semanas después del nacimiento y la expectativa de tener problemas para dar de mamar. Por lo tanto, una técnica de amamantamiento correcto constituye la base de una lactancia exitosa y de prevención de problemas mamarios asociados a la lactancia materna como grietas, mastitis^{9,28}, dolor en el pezón o inqurgitación mamaria9, 28,36. Las dificultades en la técnica de amamantamiento explicaron más del 40% de las causas de suplementación^{3,30,36}.
- Grado de autoeficacia materna: la autoeficacia materna tiene que ver con la creencia personal de poder llegar al objetivo fijado; al margen de las barreras encontradas en el camino, la motivación personal es un factor decisivo para llegar a la meta final. Se sabe que las experiencias previas, los mensajes verbales recibidos tanto del personal sanitario como de la familia así como el perfil psicológico de la paciente tienen mucho que ver con el nivel de autoconfianza materno. Cualquier nivel de intervención,

tanto los primeros días en el hospital como el seguimiento en Atención Primaria, mejora de forma considerable la autoeficacia materna. La autoeficacia está directamente relacionada con la satisfacción materna a la hora de lactar, lo cual incide no solo en la consolidación de la lactancia materna, sino también en su duración. En esta investigación la puntuación media en la escala BSES-SF fue de 55,35, obtenida una vez consolidada la lactancia. Es una puntuación más alta que la expresada en otros estudios en los primeros días 5 de vida, en España hay datos de 50,3^{23,37,38}.

Limitaciones

Las limitaciones que se consideran en este estudio son:

- Se trata de una muestra no aleatoria en la que no se incluyen madres atendidas en el sistema privado de salud.
- Su carácter observacional hace que exista un posible sesgo de los resultados.
- Dado que muchos factores varían en relación con aspectos poblacionales y/o culturales puede tener escasa validez externa, sobre todo si se compara con otras poblaciones con distinto nivel socioeconómico y cultural. No obstante, este hecho es común a estudios similares y a pesar de ellos es enormemente valioso evaluar los aspectos que necesitan mayor intervención en el propio contexto de actuación. Esta experiencia contribuirá a generar un estímulo para seguir investigando en un tema en el que influyen tantos aspectos que a veces confunde a los propios profesionales.
- Durante el periodo de seguimiento se han tenido varias pérdidas, algunas por variables ajenas al mismo (cambio de vivienda, enfermedad materna grave) y otras por abandono del mismo, no solo por cese voluntario de LM sino también por abandono en el seguimiento de una lactancia ya consolidada que no necesita apoyo, el mayor obstáculo que se encuentra en el seguimiento fue la necesidad de hacer la encuesta BSES SF, algunas madres con LM exclusiva consolidada no quisieron hacerla, perdiendo el caso en el estudio, lo que afecta al mismo al infravalorar los casos que consolidaron la lactancia en consulta pero fueron perdidos para el estudio.

Conclusiones

El objetivo de este estudio era conocer la situación de su zona de referencia y el efecto de la intervención en las diadas.

Hemos observado una mayor prevalencia de lactancia materna consolidada al mes de vida con respecto a la lactancia materna proveniente del hospital de referencia de lo que inferimos que nuestra aportación ayuda a consolidar la lac-

tancia materna. Si bien este dato está asociado estadísticamente, se considera que el efecto podría ser incluso mayor, afirmación que se justifica porque se ha atendido a neonatos que, habiendo sido dados de alta con lactancia materna exclusiva en el hospital, han llegado a una pérdida de peso cercana al 10% y una pérdida de vitalidad en el neonato, añadido a signos claros de inadecuada trasferencia de leche (presencia de uratos al 5º día, ausencia de heces amarillentas al 5º día, menos de cinco pañales mojados en 24 horas, ictericia que mejora con la ingesta) que han obligado a suplementar desde el primer día de consulta, unido a inicio de extracción de leche por relativa hipogalactia.

En el presente estudio no influye de forma significativa la edad de la madre, tampoco el nivel de estudios debido a que la población es similar en ambos aspectos. No se han tenido madres adolescentes y tampoco madres por encima de los 35 años.

Las madres primíparas tienen mayor dificultad para establecer la lactancia materna, quizá por su inexperiencia o por mayor dificultad fisiológica de una mama todavía sin su entero desarrollo, que dificulta la salida de la leche.

Aunque se ha encontrado relación entre los recién nacidos de menor edad gestacional, solo se han tenido dos neonatos de menos de 36 SG. Igualmente solo se han tenido siete neonatos de menos de 2.500 g, que son los que encuentran más dificultades para alimentarse con LM exclusiva.

El contacto piel con piel no se ha asociado de forma significativa al tipo de alimentación definida, quizá debido al protocolo de alojamiento conjunto del hospital, que refuerza de forma significativa el contacto continuado de la madre y el niño. Sí se ha hallado que contribuye a un peor enganche, pero el apoyo a la madre supera la dificultad.

En el grupo que inició el estudio con lactancia mixta se ha encontrado una mayor dificultad para establecer la lactancia materna exclusiva. La introducción de suplementos ha de tener una justificación clínica que debe constar en la historia, siendo conscientes que afecta a la autoconfianza materna

El apoyo de los profesionales del hospital de referencia percibido por la madre ha resultado beneficioso para que esta consiga su objetivo de amamantar al recién nacido, aunque dicho apoyo no ha visto resultado positivo en la tasa de lactancia materna al alta.

El uso de pezonera no solo no ayuda al establecimiento de la lactancia, sino que dificulta en mayor medida su consecución, confundiendo el instinto del lactante para el agarre al pecho.

La producción insuficiente de leche es responsable del fracaso de la lactancia en muchos casos y la estimulación de la producción mediante extracción de leche ha facilitado que la madre consiga tener suficiente leche para mantener una lactancia materna exitosa en Atención Primaria. En este

sentido cabe reseñar que ninguna madre procedente del hospital de referencia acude con extracciones manuales o con extractor, aun cuando la succión del neonato es manifiestamente ineficaz; esto contribuye a un porcentaje de hipogalactia en consulta que en ocasiones es imposible recuperar. Desde aquí se insiste en la importancia de la extracción lo más precoz posible en neonatos de riesgo o en sospecha de baja producción inicial.

Los aspectos psicofísicos de la madre contribuyen como causa o efecto de la falta de consecución de la lactancia materna en Atención Primaria. El estado emocional de la madre afecta a la lactancia y la dificultad para establecer esta afecta a su estado emocional.

La técnica correcta de amamantamiento, medido con la escala de LATCH, muestra que una puntuación alta se relaciona de forma positiva con el establecimiento de lactancia materna en Atención Primaria.

La puntuación alta en la Escala de autosuficiencia autocumplimentada por la madre se asocia de forma directa con la consolidación de lactancia materna en Atención Primaria.

Como resumen se puede concluir que dado que hay factores similares en la muestra, como son edad materna, nivel de estudios, presencia de la pareja, ausencia de grandes prematuros o pocos casos de pesos inferiores a 2.500 g del recién nacido, los factores que más han influido en lograr el objetivo de LM exclusiva sin duda han sido la técnica adecuada y el nivel de autoeficacia de la madre. Ambos aspectos se consiguen de forma significativa gracias al apoyo del personal sanitario, no solo corrigiendo agarre y postura sino acompañando a las madres.

Somos conscientes del efecto positivo que se encuentra en las madres y los recién nacidos cuando se consigue el objetivo, su nivel de satisfacción es máximo, creando relaciones de apego seguras que condicionaran las relaciones madre-hijo futuras, al margen de observar en consulta de pediatría una disminución de procesos agudos intercurrentes.

Se refuerza, por tanto, la idea de que apoyar y fomentar la lactancia materna es invertir en la salud de la diada madre-hijo.

Bibliografía

- United Nations Children's Fund (UNICEF). From the first hour of life. Unicef.org [internet] October 2016 [citado 8 dic 2020]. Disponible en: www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño [internet]. Ginebra: OMS; febrero 2018 [citado 8 dic 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infantand-young-child-feeding.

- Kramer MS, Chalmers B. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic os Belarus. JAMA 2001.
- Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de lactancia en España y en otros países. Madrid: Asociación Española de Pediatría: 2016.
- Giménez López V, Jiménez Sierra B. Prevalencia de la lactancia maternal en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sanitarios que la condicionan. Revista de Pediatría Atención Primaria. 2015; 17:17-26.
- Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo Histórico. Anales Sis San Navarra. 2007; 30(3).
- Villanueva M, Álvarez J, Peña L. Factores condicionantes de la lactancia materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Rev Española Nutr Común. 2008: 14:30-41.
- 8. Niño MR, Gioconda Silva E, Eduardo Atalah S. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatr. 2012; 83(2):161-9.
- González R MD, Ortiz Marrón H, Cañedo-Argüelles CA, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, Ordobás Gavín M. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. An. Pediatr. 2008; 89(1):32-43.
- 10. Ramiro González MD, Orttz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles CA, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. An Pediatr (Barc). 2018; 89(1):32-43.
- Oribe M, Lertxundi A. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia maternal exclusiva durante los 2 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit ene/feb 2015; 29(1).
- 12. Jones JR., Kogan MD, Singh GK, Grummer-Strawn LM. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Pediatrics. 2011; 128:1117.
- 13. Rivera Ledesma E, Bauta LeónL, Fornaris Hernández A, Flores Martínez M, Pérez Majendie R. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva. Rev haban cienc méd. 2017; 16(6).
- Prendes Labrada MC. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 1999 [citado 8 dic 2020]; 15(4):397-402.
- 15. Becerra-Bulla F, Rocha Calderon L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia. Rev Fac Med 2015; 63(2):217-27.
- 16. Meyerink RO, Marquis GS. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: the importance of

- personal and familial experiences in making infant-feeding choices. J Hum Lact 2002; 18:38-45.
- 17. Da Vanzo J, Starbind E. Leibowitz A. Do women's breastfeeding experiences with their first-borns effect whether they breastfeed their subsequent children? Soc Biol 1990; 37:223–32.
- Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Enfermería Actual en Costa Rica. [internet] 2009 [citado 8 dic 2020]; (15). Disponible en: www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf
- 19. Nevedy Méndez J, García Rojas Vázquez LE, Reyes Barretero DY, Trujano Ramos LA. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Nutr Hosp. 2015; 32(6):2618-21.
- 20. Avalos González MM, Mariño Membribes ER, González Hidalgo JA. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Med Gen Integr 2016; 32(2).
- 21. Adair IS, Popkin BM. Low birth weight reduces the likelihood of breast-feeding among Filipino infants. Nutr 1996; 126:103-12.
- 22. De la Cal Sabater P. Efectos de la oxitocina exógena en el inicio y establecimiento de la lactancia materna. Eev. Enferm. CyL. 2015; 7(2).
- 23. Brockway M, Benzies K. Interventions to improve Breastfeeding Self-efficacy and resultant Breastfeeding Rates: a Systematic Review and Meta-Analisys. Journal of human lactation. 2017; 33(3)486-99.
- 24. Boal Herranz G, Barrios Miras E. Lactancia materna. Pezoneras, ¿uso o abuso? Matronas hoy. 2019; 7(1):26-39.
- 25. Righard I, Alade MO. Effect of delivery room routines on success offi rst breast-feed. Lancet 1990; 336:1105-07.
- Cardoso KI, Toso MP, Valdés LV, Cerda LJ, Manríquez TV, Paiva CG. Introducción precoz de sustitutos de lactancia materna e incidencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida. Rev Chil Pediatr 2010; 81:326-32.
- 27. Barrios Miras E, Boal Herranz GA. Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: síndrome de Sheehan. Matronas hoy. 2019; 7(2):21-6.
- 28. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, Dorronsoro M, Amiano P, Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015; 29(1):4-9.
- 29. Dennis C-K, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Paediatr 2007; 96:590–94.
- 30. Organización Panamericana de la Salud. Unicef. ONU Mujeres. Programa Mundial de Alimentos. Organización de la Naciones

MATRONAS HOY • Vol. 8 - nº 3 diciembre 2020-marzo 2021

- Unidad para la Alimentación y Agricultura. UNFPA Guatemala. The Lancet sobre Lactancia Materna. 2016.
- 31. Roe B, Whittington IA, Fein SB, Teisl MF. Is there competition between Breast-feeding and maternal employment? Demography 1999; 36:157-71.
- 32. Kieman K, Pickett KE. Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. Soc Sci Med 2006; 63:335-46.
- 33. Stein A, Cooper PJ, Day A, Bond A. Social and psychiatric factors associated with the intention to breastfeed. J Reprod Infant Psychol 1987; 5:165-71.
- 34. Emine Gercek, Seher Sarikaya. The relationship between bre-

- astfeeding self.effycacy and LATCH scores and affecting factors. J Clin Nur 2016; 26:994–1004.
- 35. Bar-Yam NB, Darby I. Fathers and Breastfeeding: a review of the literature. J Hum Lact 1997; 13:45–50.
- 36. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Enferm Global. 2013; (31).
- 37. Nurbayanti Awaliyah S, Nur Rachmawati I. Breastfeeding selefficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. BMC Nursing 2019; 18(suppl 1)30.
- 38. Domínguez Aurrecoechea B. Grado de satisfacción y autoeficacia para la Lactancia materna (escala BSES-SF) en los primeros 15 días de vida. Congreso AEP Zaragoza 2018.



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/







Originales

- ¹ Paula Calvo Oria
- ¹ Beatriz Oldenburg Rodríguez
- ² Eva García-Carpintero Blas

Cómo viven las mujeres su proceso de parto: una visión cualitativa

¹ Grado en Enfermería. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. E-mail: beatrizoldenburg@gmail.com

² Doctora en Enfermería. Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Fecha de recepción: 28 de mayo de 2020. Fecha de aceptación: 25 de noviembre 2020.

Cómo citar este artículo:

Calvo Oria P, Oldenburg Rodríguez B, García-Carpintero Blas E. Cómo viven las mujeres su proceso de parto: una visión cualitativa. Matronas Hoy 2020; 8(3):33-42.

Resumen

Introducción: el parto es un proceso natural y fisiológico que se ha medicalizado y tecnificado, llegando a realizar intervenciones poco beneficiosas para la salud materno-fetal. Uno de los principales retos es potenciar el principio de autonomía, buscando la humanización del proceso, para que las mujeres obtengan la mejor experiencia posible.

Objetivo: conocer las experiencias de las mujeres durante su proceso de parto.

Metodología: estudio de metodología cualitativa descriptiva, con abordaje fenomenológico, realizado con un muestreo intencional teórico, complementado por bola de nieve. Para la recogida de datos se ha entrevistado a 13 mujeres primíparas, mayores de edad, que dieron a luz mediante parto vaginal en los tres años anteriores, con embarazos a término y no considerados de riesgo. El análisis de datos se efectuó según la propuesta de Huberman y Miles.

Resultados: los elementos que contribuyen a una experiencia positiva son recibir un trato más empático y humano, proporcionar información de calidad, favorecer la autonomía, promover mayor libertad de movimiento, ofrecer métodos alternativos de alivio del dolor no farmacológicos, dar apoyo emocional y favorecer un clima de confianza.

Conclusiones: la atención humanizada pretende lograr un clima de confianza y seguridad. Se debe proporcionar información de calidad y los profesionales han de mostrar comprensión y respeto para que el trato sea empático y cálido. Para conseguirlo son necesarias más investigaciones que demuestren que pueden realizarse estos cuidados sin rechazar los avances tecnológicos, logrando la mejor calidad de atención posible.

Palabras clave: parto vaginal; humanización; autonomía; plan de parto; experiencia; expectativas.

Abstract

How women experience their delivery process: a qualitative perspective

Introduction: delivery is a natural and physiological process that has become medicalized and technified, even to the point of performing interventions with low benefits for maternal-fetal health. One of the main challenges is to boost the personal autonomy principle, searching for the humanization of the process, so that women will obtain the best experience possible.

Objective: To learn about the experiences of women during their delivery process.

Methodology: a study with descriptive qualitative methodology, with a phenomenological approach, conducted with theoretical purposive sampling, complemented by snowball sampling. Thirteen (13) primiparous mothers of legal age were interviewed for data collection; they had experienced a vaginal delivery within the three previous years, with full-term pregnancy, and were not considered of risk. Data analysis was conducted with the Huberman and Miles method.

Results: the elements that contribute to a positive experience are: receiving a more empathetic and humane treatment, providing quality information, encouraging autonomy, promoting a higher freedom of movement, offering alternative non-pharmacological pain relief methods, giving emotional support, and encouraging a climate of trust.

Conclusions: humane care intends to build a climate of trust and safety. Quality information must be provided, and professionals must show understanding and respect, to achieve an empathetic and warm treatment. In order to achieve this, more research is required to demonstrate that this care is possible without rejecting technological advances, and while achieving the best quality of healthcare possible.

Key words: *vaginal delivery: humanization; autonomy; delivery plan; experience; expectations.*

Introducción

La humanización del parto está ganando protagonismo en la sociedad actual, cada vez más mujeres reclaman una mayor participación en la toma de decisiones y cuidados. A pesar de ello, todavía está muy poco desarrollado y, en muchas ocasiones, la desinformación y la escasa formación que tiene la población sobre el proceso del parto hacen que se lleven a cabo intervenciones innecesarias o poco beneficiosas para madre e hijo¹. Además, aunque el uso de la tecnología en la salud ha permitido una mejora del nivel de vida, se ha asociado su uso y la tecnificación de la atención durante el parto con la deshumanización de los cuidados que se requieren durante este proceso². Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos años ha habido un incremento en el número de cesáreas realizadas, así como de partos instrumentalizados³.

Hoy en día, la praxis obstétrica está condicionada por lo que cada profesional entiende como parto normal, natural y humanizado, viéndose influida por los valores, creencias y actitudes de cada uno. El desconocimiento y la negativa a avanzar en las investigaciones han llevado a la aparición de dos corrientes totalmente opuestas, ninguna de las cuales representa lo que se debe considerar como parto humanizado^{4,5}. Por un lado, mujeres que conocen su derecho a decidir sobre su plan de parto y quieren que sea lo más natural posible, llegando incluso a parir en casa sin la atención sanitaria adecuada, lo cual supone un riesgo para la salud, tanto del feto (o neonato) como de la madre. Aprovechando ese desconocimiento sobre las opciones de parto, la realización de partos cada vez más instrumentalizados y el aumento de las cesáreas, por comodidad de los profesionales sanitarios2.

En España, en 2016 hubo 404.416 partos, siendo 304.056 partos vaginales y 100.360 cesáreas. La tasa de cesáreas efectuadas ese año es de 24,9%, superando en un 9,9% las recomendaciones de la OMS, que en 1985 estableció la tasa ideal entre el 10% y el 15%. Esto ha llevado a varios sectores de la salud a expresar su preocupación por las posibles consecuencias negativas para la salud materno-fetal que conlleva esta intervención, que cada año está en aumento^{3,6}.

La atención al parto se debe hacer considerándola como un proceso fisiológico en el que se debe intervenir únicamente para corregir las desviaciones de la normalidad, y donde toda mujer tiene derecho a una atención de calidad y a desempeñar un papel central en la planificación, evaluación y ejecución del mismo⁷. Uno de los principales fallos del actual modelo de atención al parto es que es tratada como paciente, pero ignorada como persona, ya que no se respetan sus deseos⁸. Por ello, uno de los principales retos es potenciar el principio de autonomía y buscar en todo momento la humanización del parto, debiendo ser la madre y el niño los protagonistas durante toda la duración del proceso^{9,10}.

Por tanto, como profesionales sanitarios necesitan conocer sus experiencias para mejorar los cuidados y darles la oportunidad de tener el mejor parto posible.

Objetivo

El objetivo general es conocer las experiencias de las mujeres durante su proceso de parto.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio de metodología cualitativa descriptiva con un abordaje fenomenológico. Se obtendrán datos a través de las experiencias subjetivas que han vivido las mujeres durante su proceso de parto, y la recogida de información se basará en la observación de comportamientos naturales, experiencias, relatos, creencias, discursos y respuestas abiertas de cada participante para su posterior interpretación^{11,12}.

Ámbito de estudio

La recogida de datos se realizó entre febrero y marzo de 2020, donde se recopilaron experiencias de mujeres que hubieran dado a luz en cualquier hospital, tanto público como privado, de la Comunidad de Madrid.

Participantes

Las participantes han sido mujeres, mayores de 18 años, primíparas, que han dado a luz en los tres años anteriores a la entrevista, con embarazos a término, sin embarazos de riesgo y que han seguido todos los controles gestacionales.

Los criterios de exclusión incluidos son las cesáreas, los embarazos de riesgo, las gestaciones cronológicamente prolongadas y partos prematuros, mujeres que hayan sufrido complicaciones en el puerperio inmediato, que no aceptaron ser entrevistadas o grabadas, así como aquellas con analfabetismo o dificultad para comprender el español.

Muestreo

En este estudio se ha utilizado el muestro teórico y por bola de nieve. Se comenzó con un muestreo teórico, ya que el objetivo fue la recogida sistemática de datos para generar una teoría¹³. Posteriormente derivó en un muestreo por bola de nieve, ya que las entrevistadas recomendaron posibles participantes, aumentando el tamaño muestral¹⁴. Se alcanzó la saturación de datos a la 13º entrevista realizada (Tabla 1).

Las mujeres entrevistadas fueron contactadas de diferente manera: a través de matronas de centros de salud, de contactos que facilitaron algunas de las entrevistadas o de las propias investigadoras que conocían a mujeres que hubiesen

Tabla 1. Datos de las mujeres entrevistadas País de Edad Nivel de **Paridad** Mujer Tipo de Tipo de arto nacimiento estudios hospital Mujer1 España 35 Universitarios Primípara Privado Vaginal con epidural Mujer2 España 35 Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Mujer3 España 41 Mujer4 España 33 Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Mujer5 España 28 Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Mujer6 España 38 Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Público Mujer7 España 32 Universitarios Primípara Vaginal con epidural 36 Mujer8 España Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Mujer9 España 37 Universitarios Primípara Privado Vaginal con epidural Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural Mujer10 España 35 37 Universitarios Primípara Público Mujer11 España Vaginal natural Mujer12 Alemania 35 Universitarios Primípara Público Vaginal con epidural 37 Universitarios Primípara Privado Vaginal con epidural Mujer13 España Fuente: elaboración propia

dado a luz recientemente. Con esta información, las investigadoras se pusieron en contacto con las mujeres directamente, por teléfono o en persona, para explicarles la finalidad del estudio y solicitar su participación en el mismo. Antes de la entrevista se les envió un correo con la hoja informativa, y todas las que decidieron participar tuvieron que firmar un consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron en lugares públicos, como el hospital o la cafetería, y privados, principalmente en el propio domicilio de la mujer. Durante las mismas, las investigadoras se ayudaron de una grabación de audio, con previo consentimiento de las mujeres.

Instrumentos

Para obtener la información necesaria para realizar este estudio se utilizaron dos métodos: la técnica conversacional, concretamente la entrevista semiestructurada, y un método escrito.

Las entrevistas fueron individuales, presenciales o por videollamada, y en ellas las entrevistadoras comenzaron formulando la siguiente pregunta introductoria "¿Cómo describiría su experiencia de parto?", a partir de la cual se siguió un guion previamente elaborado.

El método escrito, en concreto, un modelo de plan de nacimiento a cumplimentar por las madres, que permita conocer cómo desean que se desarrolle su parto y postparto para posteriormente compararlo con la experiencia vivida.

Análisis de los datos

El análisis de los datos obtenidos en este estudio se llevó a cabo mediante un análisis de contenido, según lo propuesto por Huberman y Miles¹⁵: reducción de datos, presentación de datos y elaboración y verificación de conclusiones.

En primer lugar se realizó un preanálisis de los datos, donde se pudo obtener una visión global del fenómeno desde el punto de vista y la experiencia de las mujeres entrevistadas, y se identificaron los temas principales. En segundo lugar se analizaron las entrevistas. A través de este análisis se identificaron las categorías, subcategorías y unidades de significado, las cuales permitieron tener un conocimiento más detallado del fenómeno de investigación.

El análisis de los datos se ha realizado de manera manual con el programa informático Word.

Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se respetaron las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 3/2018 del 5/12/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, BOE 294 de 6/12/2018). Durante todo el proceso se guardó el anonimato de las participantes en el estudio, así como la confidencialidad de los datos obtenidos en las entrevistas.

Antes de comenzar se hizo entrega de varios documentos. El primero fue una hoja de información para la posible participante donde se explica, entre otros aspectos, de qué proyecto se trata, cuál es el objetivo y propósito del estudio, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y que los datos obtenidos son totalmente confidenciales. El segundo documento, que se entregó una vez hubo firmado el primero, es el consentimiento informado por escrito, que incluyó la autorización de las participantes del uso de sus datos exclusivamente para el desarrollo del estudio.

Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos del estudio, de acuerdo con los objetivos planteados al inicio de la investigación. A través del análisis de las entrevistas se ha profundizado en conocer la experiencia que las mujeres han vivido en su proceso de parto. La redacción de los resultados se ha organizado siguiendo la estructura de las categorías y subcategorías, en el orden que se muestra en la siguiente Tabla 2:

Categorías	Subcategorías	Unidades de significado	
1. Vivencia del parto	Experiencia intrapersonal	Duración del parto	
	 Prejuicios existentes 	Libertad de movimiento	
		Vivencias contrapuestas	
		Resultado de las expectativas creadas	
2. Conocimiento sobre la	Humanización al parto	Prejuicios sobre el parto humanizado	
humanización al parto		Desconocimiento sobre lo que es la atención humanizada	
3. Atención a la mujer	Información obtenida	Información indirecta	
	 Fuentes de información 	Sentimiento de falta de información	
		Satisfacción con la información obtenida por el personal sanitario	
		Información obtenida de otras fuentes	
4. Derecho de autonomía	Plan de parto	Conocimiento sobre el plan de parto	
	Apoyo emocional	Realización de un plan de parto	
	 Autonomía/autocontrol 	Respeto del plan de parto	
	 Acompañante 	Satisfacción con el apoyo de los profesionales	
	 Intimidad 	Respeto de las decisiones	
		Sentimiento de pérdida de control	
		Elección de acompañante	
		Apoyo del acompañante	
		Papel del acompañante durante el proceso	
		Respeto de la intimidad de la mujer	
		Exceso de personal sanitario atendiendo a la mujer	
5. Relación con el personal	 Prácticas sanitarias 	Procedimientos realizados sin consentimiento	
sanitario .	• Experiencia interpersonal	Personal sanitario que atendió a la mujer	
	Características del proveedor	- Caracan and a processing	
	de cuidado	Aportación del personal a la experiencia de la mujer	
		Cualidades del personal sanitario	
		 Aspectos a mejorar sobre la calidad de la atención 	

Categorías	Subcategorías	Unidades de significado
6. Analgesia	• Dolor	Presencia y ausencia de dolor
	Epidural	• Experiencia de las madres con el dolor
	 Métodos alternativos de 	Satisfacción con la analgesia recibida
	alivio del dolor	 Imposición de un único método de alivio del dolor
		Desconocimiento de métodos alternativos
7. Estructura hospitalaria	Entorno físico	Satisfacción con la sala de dilatación
		Satisfacción con la sala de partos
		Sensación de falta de equipamiento
		Seguridad que produce el uso de la tecnología

1. Vivencias del parto

Experiencia del parto: todas las entrevistas se iniciaron con una pregunta abierta sobre cómo han vivido las mujeres el proceso de parto, y todas coincidieron en que su proceso de parto fue muy largo, como se ve reflejado en los siguientes casos:

M3: "En general... pues... larguísimo. Me pareció muy larqo...".

Además, manifestaron su deseo de libertad de movimiento. El no poder moverse les produjo una sensación de frustración y de pérdida de control, agudizó el dolor del parto y provocó la aparición de molestias no relacionados con el mismo, como dolor muscular en la espalda.

M4: "...me dijeron que tenía que estar tumbada para monitorizarme todo el rato y a mí las contracciones tumbada me estaban matando...".

Prejuicios existentes: todas coinciden en que la sociedad y los medios otorgan una imagen demasiado idílica. A través de las redes sociales se transmite una imagen del parto y postparto que no se asemeja a la realidad que viven, lo que lleva, en muchas ocasiones, a generar sentimientos de tristeza, culpa, frustración y fracaso en su nuevo rol como madre.

M11: "Yo me he leído todos los libros sobre la lactancia materna, sobre lo maravilloso que es, como es todo natural... Me decían que el pecho es apego, que la pusiera más que ya se engancharía", "...y nada, no funcionó", "...Yo sentía que había sido un error tener a mi hija".

Además, se observó que una parte de las expectativas que se forman están condicionadas por las opiniones de personas

de su entorno. Algunas se formaron una imagen de cómo querían que se desarrollase su parto, recopilando información para tenerlo como ellas querían. Escogieron deliberadamente el hospital, se informaron sobre las distintas opciones de parto, diferentes métodos de alivio del dolor y consultaron sus dudas con profesionales.

M3: "...cuando fui a hacer la visita, porque fui a visitar varios hospitales, me parecía que de alguna manera podían respetar el plan de parto que habíamos hecho." "...me había preparado un parto durante todo el embarazo...".

Sin embargo, no todas se habían creado expectativas. La mayoría explicaron que no tenían una idea formada de cómo se iba a desarrollar y preferían dejarse llevar y tener una mente abierta.

M4: "...intenté no hacerme expectativas de ningún tipo entonces tampoco me decepcionó ni nada de eso...".

2. Conocimiento sobre la humanización al parto

Concepto de humanización al parto: la mayoría desconoce el término de "atención humanizada", pero al profundizar en el significado del término y preguntar qué significa para ellas, muchas respondieron que consiste en ofrecer diversas opciones, apoyar, escuchar y respetar las decisiones tomadas por la mujer, que sean ellas las protagonistas del proceso.

M3: "... escuchar lo que la madre quiere en ese momento dentro de las posibilidades reales que haya y hacérselo posible de alguna manera. Que viva su parto de una forma feliz".

Sin embargo, no todas las asociaciones a este término fueron positivas. Algunas lo relacionaron con un parto no medi-

calizado y sin atención hospitalaria, suposición que surge del concepto erróneo que se tiene hoy en día del concepto de humanización.

M8: "...yo tengo compañeras en Europa que dan a luz en casa y la norma es esa...". "Yo eso no lo comparto mucho".

3. Atención a la mujer

Tipo de información obtenida: la mayoría considera que la información proporcionada por los profesionales debe ser real, veraz, fiable y de calidad, para poder tomar decisiones de forma autónoma y no tener sentimientos de falta de control.

M6: "Sí, en todo momento me decían y me preguntaban y en ese sentido muy, muy bien".

Sin embargo, también consideran que se debe seleccionar el tipo de información que se da y escoger el momento adecuado para hacerlo, ya que, en caso contrario, puede llegar a ser contraproducente y producir sentimientos de angustia y preocupación.

M1: "...Hay veces que el exceso de información también nos juega una mala pasada...".

Además, coincidieron en que la información proporcionada en los cursos de preparación al parto no fue suficientemente completa y objetiva.

M4: "...mis clases de preparación al parto fueron un poco liosas...". "La verdad que me las podría haber saltado... no me aportaron demasiado".

Fuentes de información: la mayoría estuvo satisfecha con la calidad de la información recibida por el personal sanitario, quienes resolvieron sus dudas y preocupaciones, y estuvieron atentos durante el proceso.

M8: "Sí, eso sí. Además, hay una matrona que es la que estuvo todo el rato, que es la que te va contando y diciendo lo que te van a hacer, cómo va la cosa... todo el mundo me hizo muy partícipe de todo eso. O sea, que en general, eso sí que lo cuidaron. La información fue buena".

Sin embargo, hubo alguna que no quedó muy satisfecha con la calidad de la atención y refiere que sintió que no le hablaban claro.

M5: "Pues sentí que no... yo me sentía que no me hablaban claro...".

Además, aunque muchas coinciden en que la información fue de calidad, afirman que la relativa al postparto fue escasa, teniendo incluso que buscar información en fuentes ajenas.

M6: "Yo eché en falta eso, que alguien viniera y me dijera, mira pues tienes que engancharle así; sin embargo, venían y "pam" y me lo ponían al pecho. Y luego me dijeron que

tenía que comprar pezoneras. Pero nadie me explico cómo ponérmelas... Entonces eché en falta un poco más de comprensión...".

4. Derecho de autonomía

Plan de parto: es un método en el que las mujeres pueden expresar sus deseos y preferencias sobre cómo les gustaría que se desarrollara su proceso de parto. Casi la totalidad conocían o les sonaba lo que es, aunque no todas realizaron y entregaron uno, ya sea porque no estaban interesadas o por falta de información sobre cómo hacerlo.

M5: "...la verdad no me lo acabé de leer porque me dijeron que también podía decirlo de forma oral y claro que si al final entregabas un montón de hojas que era difícil que se lo leyeran".

Por otro lado, las que desarrollaron y entregaron un plan de parto sintieron que no se tuvo en cuenta, y que la mayoría de los profesionales no lo leen ni hacen caso del mismo, puesto que nadie les preguntó sobre él.

M3: "...habría escogido un hospital donde respetaran un poquito más el plan de parto...".

Apoyo emocional recibido: la mayoría valoró positivamente el apoyo emocional recibido, y resaltan el papel de la matrona, a quien consideran un pilar fundamental y una persona de confianza que las hacía sentir escuchadas, cuidadas y valoradas.

M2: "Pero sobre todo la matrona y la enfermera estuvieron siempre conmigo, y la relación perfecta, siendo el momento una revolución de emociones, lo hacen todo más fácil".

Autonomía y sentimiento de autocontrol: la percepción de control es fundamental para que la mujer se sienta partícipe en el proceso. La mayoría de las mujeres agradece el apoyo a sus decisiones cuando sienten que pueden realizarlas.

M4: "Lo respetaron, sí, sí. Todo lo que yo iba diciendo lo respetaron".

Figura del acompañante: todas valoraron positivamente estar acompañadas, ya que tener a un ser querido próximo las tranquilizaba, daba apoyo y hacía sentir seguras. Además, refieren haber elegido ellas a la persona que las acompañaba, que en todos los casos fue su pareja o padre, y explican que los profesionales no pusieron ningún impedimento.

M6: "Lo elegimos nosotros, yo iba acompañada de mis padres y mi marido, y fue como 'no, no, no, que entre él, que sufra las consecuencias de sus actos' jajaja".

A pesar de ello, sí que algunas expresaron su deseo de estar acompañadas por más de una persona.

M2: "Mi madre y mi pareja... Yo quería que estuviesen los dos".

Intimidad: la mayoría considera que se respetó su intimidad. Sin embargo, algunos aspectos estructurales y organizativos del hospital influyen negativamente en esa percepción.

Por un lado, todas ellas coinciden en que disponer de una habitación individual condiciona la elección de hospital, ya que no consideran adecuado compartir habitación en una situación así, donde se sienten vulnerables y expuestas.

M4: "No eran habitaciones individuales... yo estaba con otra chica en la habitación... y claro, la veía dilatar y me entraron los siete males... Hubiera preferido algo un poco más individual".

Y, por otro lado, afirman que las muestras de intimidad se evidencian en prácticas como procurar que no haya más gente de la necesaria en la habitación o en el paritorio, llamar a la puerta antes de entrar o no ser exploradas más veces de las necesarias.

M3: "No se guardó mi intimidad en ningún momento... entraba todo el mundo.... No te tenían tapada... entraron residentes, matronas...".

5. Relación con el personal sanitario

Prácticas sanitarias realizadas: a pesar de que casi todas están de acuerdo en que se respetaron sus decisiones, en la mayoría se pudo ver que los profesionales sanitarios realizaron algún procedimiento sin haber pedido previo consentimiento:

M8: "...Yo creo que estaba yendo bastante bien el expulsivo y hubo un momento que me hicieron un codo para ayudarle a salir... que le dije yo que me diese un poco de margen, pero no... no hizo caso".

Experiencia con el personal: en general todas tuvieron una experiencia positiva con el trato, y coinciden en que el personal sanitario les dio confianza y seguridad. Confían en su saber hacer y competencia, siempre que se sientan escuchadas y respetadas, y afirman que recibir un trato inadecuado provoca que se establezca una relación de falta de confianza.

M7: "Yo con el personal sí. Luego con el anestesista que te viene a poner la epidural y se va... no tuve mucho contacto. Yo con la matrona muy bien. Porque fue un contacto más directo".

Características del proveedor de cuidado: todas las mujeres coinciden que la principal característica que debe poseer el personal es el "trato humano". Afirman que la actitud que muestran los profesionales condiciona que puedan o no considerar que el parto ha sido humanizado. Para ellas es muy importante que el personal sea empático, cálido y compasivo, que las escuche y resuelva sus dudas, para así poder crear una relación de confianza.

M11: "...yo quería que la persona que nos tocara respetara todo esto...". "La matrona se quedó conmigo, y me estuvo tranquilizando y dando apoyo...". "Todo como súper respetuoso, súper calmado...".

Sin embargo, muchas echan en falta una continuidad de los cuidados por parte de un mismo profesional. Les gustaría que el personal que ha realizado el seguimiento de su embarazo fuese el mismo que las acompañara durante el parto, puesto que sienten que la relación de confianza creada sería mucho más fuerte y se sentirían más cómodas y a gusto.

M5: "...Si que eché en falta que hubiera unificación de conceptos porque una te decía una cosa, otra, otra cosa... a veces me mareaban. Jajaja".

Se ha podido observar que las mujeres se sienten más cómodas y tranquilas cuando el profesional a cargo de sus cuidados es una mujer, puesto que pueden comprender mejor la situación por la que están pasando.

M2: "...El matrón que me tocó de primeras cuando entré fue muy borde y desagradable. Muy seco diciéndome ahora ponte aquí y haz esto y yo con esos dolores no podía, ya me gustaría haberme podido sentar".

6. Analgesia

Experiencia con el dolor: todas coinciden en que el parto es un proceso intenso y doloroso, y afirman que la tolerancia al dolor depende de cada mujer. Así mismo, hay quienes prefieren experimentar esta sensación para sentirse satisfechas y realizadas consigo mismas.

M2: "Yo llegué dilatada de siete así que ya había aguantado mucho dolor...".

Además, han explicado que su mayor preocupación sobre el proceso de parto, y lo que más angustia les crea, es el miedo al dolor. La incertidumbre de no saber cuándo va a llegar la próxima contracción ni cómo de fuerte va a ser, pero saber que tenerla la van a tener.

M11: "La tensión que tienes en el cuerpo cuando sabes que te va a venir algo de dolor, pero no sabes cuándo ni por cuanto tiempo, ni como de intenso...".

Anestesia epidural: es el método farmacológico de alivio del dolor más reconocido y comúnmente utilizado. Muchas mujeres buscan parir sin dolor y expresan su deseo de que se les administre la anestesia epidural lo antes posible.

M9: "...a las 2 h casi de 5 cm pedí la epidural, me la pusieron y super bien".

Sin embargo, es una técnica tan generalizada y normalizada, que muchas expectantes se sienten obligadas a utilizarla, al ser el único método de alivio del dolor que les proporciona el hospital. Se da por sentado que la van a querer o necesitar, y los profesionales no empatizan con ellas cuando deciden no ponérsela.

M3: "...me dijo 'no, no, sin esto no se puede dar a luz.' Que es horrible. No quería analgesia y al final me pusieron todo lo que había por ahí".

Además, hay quienes deciden no ponérsela porque limita su libertad de movimiento, y refieren que cambiaría su opinión si tuvieran la opción de ponerse la *walking epidural*, y otras que, aunque eligieron la epidural, les hubiera gustado tenerla si les hubieran dado la opción.

M5: "Mis expectativas eran no ponerme epidural, salvo que fuese la walking epidural...".

Métodos alternativos de alivio del dolor: se ha observado que tienen más conocimiento de métodos de alivio del dolor farmacológicos que no farmacológicos. Incluso a muchas no se les informó de estos métodos alternativos ni se les dio la opción de utilizarlos.

M3: "Nada. Así que la única opción que había era la epidural".

A pesar de ello, algunas valoran positivamente la existencia de estos métodos alternativos y agradecen que puedan emplearlos en combinación con los métodos farmacológicos.

M11: "...yo tenía paritorio con bañera... Con todas las cosas que necesitas" "... están muy centrados en todo el tema de que te puedas mover, y que todo pueda llegar a ser lo más natural posible...". "En uno de los cursos a los que fui me enseñaron técnicas mentales. Y me ayudaron mucho, eh".

7. Estructura hospitalaria

Entorno físico: ninguna se planteó dar a luz en casa. Se sienten más seguras en el hospital, donde si ocurre cualquier complicación están bien atendidas y se puede actuar con rapidez.

M8: "...Hay muchos países en los que la gente da a luz en casa y está como muy establecido, que nadie va al hospital a dar a luz... Yo eso no lo comparto mucho".

La mayoría consideró que la sala de partos estaba bien equipada y que, aunque era un lugar frío y muy luminoso, sentían que tenía lo necesario para estar bien atendidas.

M2: "Entiendo que, si vas a estar ahí mucho más rato, un poco más cálida, pero bueno igual eso más en la zona de dilatación... El paritorio entiendo que tiene que ser así por si pasa algo".

Sin embargo, les gustaría que la sala de dilatación fuese un poco más cálida, individual y con más material para ayudar con el alivio del dolor, como camas más anchas o bañera.

M6: "... A lo mejor las camas podrían ser más anchas, porque entre los monitores y el dolor es difícil moverse en esas camas estrechas".

8. Sentimientos de la mujer

Sentimiento de miedo: muchas refieren tener que haberse enfrentado a este sentimiento principalmente en el periodo de postparto, debido a la poca información proporciona.

Todas coinciden en que les gustaría obtener más información sobre el postparto, puesto que, tanto en las clases de preparación al parto como en el hospital, se centran mucho en los cuidados del recién nacido y en los cuidados durante el parto, pero rara vez hacen referencia a los que son necesarios después, por lo que viven este largo periodo con incertidumbre e insequridad.

M8: "Pues de mí igual no tanto. Del bebé y de la lactancia materna mucho", "...luego hay muchas cosas que no sabes si son normales o no, entonces eso sí que se echa en falta".

Además, les gustaría que las enfermeras se pudieran tomar más de tiempo en explicar las cosas, sobre todo de lactancia materna. Algunas afirman haber tenido sentimientos de fracaso e impotencia, ya que nadie se tomó el tiempo suficiente en apoyarlas y enseñarlas.

M11: "soy súper pro de la lactancia... Pero llegó un punto en el que tuve una bajada de ánimos impresionante. Sentía que había sido un error haber tenido a mi hija...".

Sentimiento de seguridad: todas aseguran haberse sentido seguras. Afirman que esta sensación es fundamental para tener una experiencia positiva, y que está condicionada por el apoyo emocional recibido, el respeto de su intimidad y la sensación de control que hayan podido experimentar. Además, coinciden que el ambiente hospitalario y los avances tecnológicos han contribuido positivamente.

M3: "Pues sí, la verdad es que sí. Una vez que se estabilizó lo del principio me dio mucha tranquilidad ver que había tanto equipo pendiente".

Discusión

La "atención humanizada" es un término complejo que está integrando poco a poco en los protocolos asistenciales. Muchos autores coinciden en que, aunque la atención al parto continúa siendo intervencionista e institucionalizada, hay una tendencia hacia una atención más humanizada, donde los cuidados se centran en la mujer y están basados en la evidencia científica¹⁶. Para ello, es necesario proporcionar una adecuada información, de manera que se sientan protagonistas del proceso y puedan tomar sus propias decisiones, respetando así el derecho de autonomía. El personal debe empatizar, escuchar y respetar sus preferencias.

Con esto, lo que se pretende conseguir es respetar el proceso natural del parto y rechazar intervenciones médicas no estrictamente necesarias¹⁷. Además, el personal sanitario debe añadir habilidades humanas de cuidado, compasión y acompañamiento. Para ellas, una atención humanizada es aquella en la que los profesionales las tratan como personas, respetando sus decisiones, escuchando sus deseos, haciéndolas partícipes del momento y proporcionando información de calidad, permitiéndolas vivir su parto de una forma feliz.

La percepción de control de la mujer durante el parto es considerada por numerosos autores como uno de los elementos más importantes para que se sienta partícipe del proceso y tenga una buena experiencia. Para ello deben poder reflejar sus elecciones, deseos y decisiones sobre cómo quieren que sea su parto y qué tipo de asistencia prefieren en un documento conocido como "plan de parto", el cual debe ser respetado por los profesionales, siempre que no haya complicaciones que requieran la modificación del mismo¹⁸. Sin embargo, para muchas esta no es la realidad. Las que lo redactaron afirman que a la hora de dar a luz no fue respetado y la mayoría de los profesionales no lo tuvo en cuenta. Otras explican que no pudieron redactarlo, ya que no obtuvieron la información necesaria.

Para la mayoría, tener una buena relación con el profesional a cargo de sus cuidados es muy importante, ya que además contribuye positivamente a la percepción de control, y les aporta seguridad y confianza. Coinciden en que la humanización está directamente relacionada con la calidad de la atención proporcionada. Afirman que el componente que más contribuye a la percepción de un buen cuidado es la competencia profesional¹⁹. El personal debe ser empático y compasivo, favorecer un clima de confianza, escuchar, respetar su intimidad y privacidad, así como complacer sus deseos e inquietudes. Además, deben ayudar a la mujer a afrontar el dolor, proporcionar apoyo emocional y potenciar la toma de decisiones²⁰.

Varios estudios reconocen a la matrona como la figura fundamental, ya que está en contacto directo con las mujeres^{21,22}. Su apoyo continuo las alienta y proporciona seguridad. Lundgren y Dahlberg plantean que "la relación que se establece entre la matrona y la mujer es el factor clave de un buen apoyo durante el proceso de parto"¹⁹.

Otro aspecto importante es el tipo y calidad de la información que reciben. La mayoría coincide en que la información proporcionada es escasa o nula, e incluso se contradice de un profesional a otro. Afirman que la información que obtengan de los profesionales debe ser real, veraz, fiable y de calidad, de manera que les permita tomar decisiones de forma autónoma y no tengan sentimiento de falta de control. Piden que se les informe más en detalle sobre los diferentes tipos de analgesia, más opciones de posturas para adoptar durante el parto, y sobre todo recibir información sobre el postparto.

Para hacerlo posible algunos trabajos hacen referencia a la necesidad de ampliar la formación de los profesionales y establecer nuevos protocolos de actuación. Los nuevos protocolos deben incluir mayor libertad de movimiento, habitaciones más cálidas y acogedoras, mejorar la calidad de la atención y unificar los conocimientos, así como permitir la presencia de uno o más acompañantes durante este proceso^{20,22}. Afirman que la experiencia de parto no está tanto relacionada con la aparición de complicaciones, sino con el trato y cuidados recibidos. Aquellas que se han sentido cui-

dadas y apoyadas durante el parto, a pesar de haber sufrido complicaciones inesperadas en el proceso, refieren haber tenido una buena experiencia²³.

Numerosas investigaciones establecen que para que tengan una experiencia positiva de su proceso de parto, los elementos más influyentes son:

- Recibir un trato más empático y humano.
- Proporcionar más información, y de calidad durante todo el proceso, favorecer la participación de las madres en la toma de decisiones, de manera que no pierdan la sensación de tener el control.
- Promover una mayor comodidad y libertad de movimiento, favorecer un mejor manejo del dolor y ofrecer métodos alternativos no farmacológicos, dar apoyo emocional, especialmente la matrona, permitir la presencia de acompañantes, y favorecer un clima de confianza entre la madre y los profesionales^{17,19-22,24}.

Conclusiones

La atención humanizada al parto no pretende fomentar la visión del parto tradicional ni rechazar el uso de los avances tecnológicos. Su objetivo es establecer unos cuidados humanizados basados en la evidencia científica, de manera que se respete el proceso natural del parto y se rechacen intervenciones médicas no estrictamente necesarias.

La calidad y el tipo de información que reciben las mujeres durante todo el proceso es un factor muy importante, puesto que influye en su sentimiento de autocontrol y en la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma. Es necesario establecer nuevos protocolos y ampliar la formación de los profesionales, informar y ofrecer diferentes tipos de analgesia, permitir a adoptar diferentes posturas y ampliar la información sobre los cuidados del postparto.

A pesar de que actualmente se está produciendo un cambio hacia este tipo de modelo de atención, todavía constituye un desafío para muchos profesionales y falta conocer más información que permita mejorar la asistencia y atención a la mujer durante el proceso de parto. Son necesarias más investigaciones para determinar exactamente qué es un parto humanizado y desmitificar los prejuicios existentes.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: MSC; 2008 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/In formeFinalEAP N_revision8marzo2015.pdf
- 2. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynecol Obstet. 2001; 75:S25-37.

- 3. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS [internet]. 2015 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_R HR_15.02_spa.pdf;jsessionid=58B3E8CF05103DD34CBD25F3B25 0290A?sequence=1
- 4. Sánchez J, Roche M, Vigueras M, Peña E, López R, Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. Dialnet [internet] 2012 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4849595
- Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: la necesidad de humanizar el parto. Dialnet [internet] 2006 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986342
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017 [internet]. 2017 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/5_CAP_17.pdf
- Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. Federacion-matronas.org [internet]. 2018 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/humanizacion-de-la-atencion-obstetrica-que-opinan-las-matronas/
- Suárez Cortés M, Armero Barranco D, Canteras Jordana M, Martínez Roche M. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Scielo.br. [internet] 2015 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf
- Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez M, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Federacion-matronas.org [internet] 2008 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n1pag5-10.pdf
- FAME. Definición de Parto Normal. Federacion-matronas.org [internet] 2006 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/informacion-interesprofesionales/documentos/profesionales/parto-normal-definicion-fame/
- 11. John W. Creswell. Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches. SAGE Publications; 2007.
- Quecedo Lecanda R, Castaño Garrido C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Redined.educacion.es [internet] 2003 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.redined.educacion.es/xmlui/bitstream/handle/11162/44015/142-203-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 13. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Aldine Transaction; 1967.
- 14. Martín-Crespo Blanco M, Salamanca Castro A. El muestreo en la investigación cualitativa [internet]. Sc.ehu.es. 2007 [citado

- 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/eba-IECTS/praktikak/muestreo
- Salgado Lévano A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Scielo.org.pe [internet] 2007 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009
- 16. Vivanco Montes M. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COM-FORTS. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2009; 1(2).
- Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience-a cross-sectional study. Midwifery [internet] 2019 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.journals.elsevier.com/midwifery
- 18. Goberna Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. ENE Revista de Enfermería. 2012; 1(6):71-8.
- 19. Bravo VP, Uribe TC, Contreras MA. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2008; 73(3).
- 20. Ferreiro-Losada M, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero M, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. Revista Calidad Asistencial [internet] 2013 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-mediante-grupos-focales-expectativas-S1134282X1300047X
- Nilsson L, Thorsell T, HertfeltWahn E, Ekström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. Nursing Research and Practice [internet] 2013 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/349124/
- 22. Spaich S, Welzel G, Berlit S. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth [internet]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2013 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.journals.elsevier.com/european-journal-of-obstetrics-and-gynecology-and-reproductive-biology
- 23. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience-A mixed methods study- PubMed-NCBI. Ncbi.nlm.nih.gov. [internet] 2017 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28528179
- Carquillat P, Boulvain M, Guittier M. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? Midwifery [internet] 2016 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30180-2/pdf

- ¹ Sandra Milene Rojas Criollo
- ² Andrea Carolina Puerto Méndez
- ³ Kelly Jhoana Samia Castillo
- ⁴ July Alejandra Quiroga Amado

Situación de vulnerabilidad de la mujer gestante relacionada con la amenaza de parto pretérmino en tiempos de pandemia

¹ Facultad de ciencias de la salud. Programa de enfermería. Investigador y asesor. Mg. En Educación. Docente de Cuidado de Enfermería al Adolescente y Familia y asesor opciones de grado Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia

^{2,3,4} Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de enfermería Estudiante de Enfermería VIII Semestre. Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. E-mail: srojas@areandina.edu.co

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2020. Fecha de aceptación: 29 de noviembre 2020.

Cómo citar este artículo:

Rojas Criollo SM, Puerto Méndez AC, Samia Castillo KJ, Quiroga Amado JA. Situación de vulnerabilidad de la mujer gestante relacionada con la amenaza de parto pretérmino en tiempos de pandemia. Matronas Hoy 2020; 8(3):43-52.

Resumen

Introducción: el embarazo en situación de vulnerabilidad es aquel en el que madre y niño, por nacer, se encuentran expuestos a riesgos durante o después del parto. Estas amenazas pueden presentarse en el plano social, familiar, económico, educacional, afectivo, etc. y repercutir negativamente en la salud psicofísica de la madre y el niño por nacer. Tal es el caso de las mujeres gestantes que, viviendo actualmente en medio de la pandemia mundial por la COVID-19, de contraer la infección podrían verse en riesgo de complicaciones como la amenaza de parto pretérmino, según la evidencia disponible ha descrito. Por otra parte, el estrés que puede producir en la mujer gestante la sola posibilidad de que suceda este contratiempo o cualquier otro podría abocarla a esta situación indeseable.

Objetivo: comprender la vulnerabilidad de la mujer gestante frente a la amenaza de parto pretérmino en tiempos de pandemia.

Metodología: investigación cualitativa como reporte de caso. Se realiza en tres fases: en la primera fase se lleva a cabo la revisión documental, la segunda fase se elabora el consentimiento informado y la tercera fase se hace el diseño de la entrevista en profundidad a la madre, la aplicación de la entrevista y la transcripción de la misma para poder categorizar la experiencia, así como evidenciar los factores de vulnerabilidad percibidos cuando contrajo la COVID-19 durante la pandemia.

Resultados: se realiza un reporte de caso en el que se analizó la atención integral ofrecida a una mujer gestante que contrajo COVID-19 durante su embarazo utilizando el modelo de la adopción de rol de Ramona Mercer, enmarcando sus especiales circunstancias en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner, microsistema y macrosistema.

Conclusión: la teoría del rol materno de Ramona Mercer apoya la adopción del rol materno, proponiendo la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo y otras entidades de la comunidad, como elementos importantes en la adopción de este rol. En función de ello desde las entidades de salud, a través especialmente de la enfermería (matronas, enfermeras), en trabajo conjunto con la mujer gestante, se precisa identificar los factores de apoyo y los que por contra no lo son, tanto más cuando existe la potencialidad de afectación en el embarazo por un factor disturbador como la COVID-19, a fin de favorecer el proceso para lograr que la mujer embarazada alcance con éxito el final de su gestación y consiga adoptar el rol maternal.

Palabras clave: amenaza de parto pretérmino; morbilidad; CO-VID-19; vulnerabilidad; embarazo; ansiedad; estrés; teoría adopción rol maternal Ramona Mercer.

Abstract

Vulnerable situation of pregnant women associated with the threat of preterm delivery in times of pandemic

Introduction: pregnancy in a vulnerable situation is when mother and unborn child are exposed to risks before or after labour. These threats can present in the social, family, economic, educational, emotional, and other areas, and have a negative impact on the psychophysical health of the mother and the child to be born. This is the case of pregnant women who are currently living among the global COVID-19 pandemic; if infected, they could be at risk of complications such as the threat of preterm labour, according to what has been described in the evidence available. On the other hand, the stress that can be generated in the pregnant woman by the mere possibility of this setback or any other could lead to this undesired scenario.

Objective: to understand the vulnerability of pregnant women when faced with the threat of preterm labour in times of pandemic.

Methodology: a qualitative research as case report, conducted in three stages. In the first stage, document review was conducted; in the second stage, the informed consent was prepared; and in the third stage, the in-depth interview for the mother was designed, the interview was conducted, and then transcribed in order to categorize the experience, as well as

to highlight the vulnerability factors perceived when she was infected by COVID-19 during the pandemic.

Results: a case report with the analysis of the comprehensive care received by a pregnant woman who was infected with COVID-19 during her pregnancy, using the Ramona Mercer's Maternal Role Attainment Theory, with her special circumstances framed within the Bronfenbrenner's concentric circles, microsystem and macrosystem.

Conclusion: the Ramona Mercer's Maternal Role Attainment Theory supports the adoption of the maternal role, putting forward the need for nursing professionals to consider the family environment, the school, place of work, and other community entities, as important elements in attaining this role. Based on this, and from the healthcare providers, particularly through nursing (midwives, nurses), working jointly with the pregnant woman, it is required to identify the support factors and on the contrary, those which are not, particularly when there is a potential impact on pregnancy by a disrupting factor such as COVID-19, with the aim to facilitate the process so that the pregnant woman can successfully reach the end of her pregnancy and attain her maternal role.

Key words: preterm labour threat; morbidity; COVID-19; vulnerability; pregnancy; anxiety; stress; Ramona Mercer's Maternal Role Attainment Theory.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a que las mujeres embarazadas y los recién nacidos del mundo deben recibir una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal, en donde juegan un papel importante los servicios de atención de salud reproductiva²; además relacionado con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, la mujer gestante tiene derecho a estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza³.

Se deben considerar los aspectos psico-afectivos, culturales y sociales que se relacionan durante la maternidad, factores que se han de tener en cuenta y ser vigilados por parte del personal de salud, además se tiene que respetar siempre los derechos de las mujeres en la atención del embarazo (el control prenatal, educación y preparación psicofísica de la madre para el parto y la lactancia), parto y posparto teniendo en cuenta la participación del padre y la familia⁴.

Morbilidad materna extrema

La OMS utiliza el término "near miss" para denominar eventos médico-obstétricos, sean durante el embarazo, parto, o

en los 42 días posteriores, en donde la madre sobrevivió, pero estuvo a punto de perder la vida (morbilidad materna extrema)⁵.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como "una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte^{6,7}. La morbilidad materna extrema (MME), por tanto, es un evento de salud pública, que tiene un impacto importante ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer gestante que presenta una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal. En el mundo mueren 585.000 mujeres durante la gestación, el parto o el puerperio, siendo la tasa de MME superior para los países de medianos y de bajos ingresos; en América Latina es de 5,7%, en África de 14,9%, mientras que en los países de altos ingresos va desde el 0,8% en Europa al 1,4% en América del Norte⁶.

Cifras de la OMS indican que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación. En Colombia se presentan unos 80 mil al año, es decir, que de cada cien niños que nacen en el país 12 son prematuros⁸. Colombia no es ajena a esta si-

tuación lo que se refleja en el número de casos de muertes maternas presentadas en el periodo de la semana 42 del 2020 en que se contabilizaron 454 casos y en el mismo periodo del año 2019 se presentaron 409 casos⁹. Estas cifras muestran la importancia de continuar trabajando con el fin de reducir el número de casos contribuyendo a la mejora de la atención en salud materno-fetal.

Ansiedad y estrés como desencadenante de la amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino (APP) de origen multifactorial se define como la presencia de contracciones uterinas progresivas, en intensidad y frecuencia, asociadas a cambios progresivos del cérvix, tales como dilatación y borramiento característicos, antes de las 37 semanas de gestación. Por su parte el nacimiento prematuro se define comúnmente como aquel que se presenta en este mismo rango de tiempo (antes de la 37 SG) independientemente del peso al nacer¹o. Existen evidencias de que el estrés psicosocial antes y/o durante el embarazo puede influir en la duración de la gestación¹¹-¹4.

Aunque varios factores médicos/sociales han sido bien identificados, en más del 50% de los casos no son conocidos o no son claros, pero los componentes psicopatológicos emergen como factores de riesgo potencialmente importantes del parto pretérmino¹⁵.

Eventos estresantes acaecidos durante el embarazo son percibidos por el sistema sensorial en el cerebro, produciendo la activación de hormonas responsables de la movilización de la energía, desencadenando el estrés una serie de cascadas fisiológicas que pueden motivar, dependiendo de la intensidad pueden colocar a la mujer en situación de amenaza de parto pretérmino que incluso persista y concluir en un parto pretérmino¹⁶.

Vulnerabilidad incrementada en el embarazo por la COVID-19

El embarazo en situación de vulnerabilidad es aquel en el que madre y el niño por nacer se encuentran expuestos a riesgos que pueden afectar su estado de salud durante o después del parto, estas amenazas pueden presentarse en el plano social, familiar, económico, educacional, afectivo, etc., el cual puede repercutir negativamente en la salud psico-física de la mujer gestante.

En relación con la infección por COVID-19 las mujeres gestantes se consideran una población vulnerable que tiene ciertas susceptibilidades y factores protectores, para la evolución natural de la enfermedad, en especial su respuesta inmune, la posibilidad de transmisión vertical y los parámetros circulatorios¹⁷.

Los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de aborto o pérdida gestacional precoz en mujeres gestantes con CO-

VID-19. En estudios amplios en mujeres embarazadas con otros tipos de neumonía vírica se ha evidenciado que hay un riesgo incrementado de parto prematuro, CIR y de pérdida de bienestar fetal intraparto. No obstante, existe poca evidencia de estas asociaciones en el SARS-CoV-2 En el caso particular del riesgo de parto prematuro, la mayoría de los casos reportados son secundarios a prematuridad inducida por complicaciones respiratorias y para preservar la salud materna 18.

Por otra parte, hay que entender que si los profesionales aún no tienen datos claros y precisos sobre la COVID-19, el bombardeo informativo al que se somete a la población puede ser un factor más de confusión e inseguridad, generador de ansiedad y estrés, tanto más en las mujeres embarazadas especialmente susceptibles al temor por el riesgo de su hijo.

De acuerdo con Ceron et al.¹⁹, "durante la gestación, las madres sienten temor o miedo por el nacimiento de su hijo antes de tiempo", inicialmente experimentan incertidumbre, tristeza y desilusión. Obviamente cuando las gestaciones se complican estos sentimientos se agudizan. Así la mujer gestante con APP experimenta sensaciones que desestabilizan su entorno, las cuales generan inseguridad o intranquilidad; estos se incrementan si existe desconocimiento sobre la evolución del evento clínico. La amenaza de parto pretérmino genera incertidumbre en la mujer gestante por el desconocimiento de la enfermedad y por la desconfianza hacia el personal de salud²⁰.

Todas estas evidencias empujan a la enfermería (matronas y enfermeras) a intentar proporcionar información clara y completa sobre los cambios que genera la situación clínica, buscando mejorar el confort, el bienestar y el equilibrio emocional de las mujeres gestantes además de la administración terapéutica y cuidados específicos concretos y favorecer la interrelación de la pareja, familia (entorno social) para que den sustento emocional a la mujer.

La teoría de Ramona T. Mercer, adopción del rol materno que se va a utilizar como marco del presente caso, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes para la adopción del rol maternal, para que la madre se vincule a su hijo, adquiera competencia en la realización del cuidado asociado a su rol, experimentado placer y gratificación dentro del mismo y con el que la madre en su plano más personal, experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna²¹.

Las mujeres gestantes forman parte de un programa especial consideradas pacientes vulnerables, cuyo grado de complejidad se determina por la salud de la madre y el feto durante la gestación; obviamente cuando estas tienen enfermedades pre existentes se aumenta el riesgo de contraer la COVID-19. Hoy en día en Colombia, por la presencia de la COVID-19 se han reforzado los protocolos de atención a mujeres embarazadas incluyendo el personal de salud que trabaja en las áreas de obstetricia, neonatos y en la infraestructura para proporcionar una mejor atención a este sector de la población.

Objetivo

Evidenciar la importancia de la aplicación de la teoría de Ramona T Mercer para comprender la vulnerabilidad de la mujer gestante frente a la amenaza de parto pretérmino en tiempos de pandemia y desde la asistencia sanitaria articular los mecanismos para que la mujer reciba toda la ayuda necesaria a fin de lograr una estabilización física y emocional que la preserve a ella y su embarazo de potenciales complicaciones sobreañadidas.

Metodología

Investigación cualitativa como reporte de caso. El estudio se realiza en tres fases: la primera parte utilizó la revisión documental, estudio metódico, sistemático y ordenado con objetivos bien definidos, de datos, documentos escritos, fuentes de información impresas, contenidos y referencias bibliográficas, los cuales, una vez recopilados, contextualizados, clasificados, categorizados y analizados, sirven de base para la comprensión del problema, para la construcción del nuevo conocimiento²².

La recolección de la información se lleva a cabo a través de una búsqueda de artículos nacionales e internacionales, relacionada con el tema, publicados durante el periodo 2015 a 2020, en las diferentes bases de datos de información científica Ebsco, base de datos bibliográficos Proquest, el portal bibliográfico Dianelt, biblioteca científica electrónica Scielo, documentos publicados por la editorial Elsevier y el sistema de información académica para América Latina y el Caribe Latindex, Ovid, Pubmed, Science Direct, Scopus; los artículos se clasifican por similitudes, autores y definiciones.

Los criterios de inclusión fueron: literatura de los últimos cinco años, artículos válidos por importancia histórica, artículos en idioma inglés, español y portugués, artículos de las diferentes bases de datos e indexados, artículos nacionales e internacionales. Los criterios de exclusión: artículos de rango de tiempo mayor a 6 años, artículos que no pertenezcan a bases de datos (blogs, periódicos).

En la segunda fase se elaboró el consentimiento informado donde se tuvo en cuenta los principios éticos planteados por el Ministerio de Salud en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, "por lo cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud". Según el ar-

tículo 11 del capítulo I Título II de los aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo: "son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta"²³.

Por último, en la tercera fase se efectuó el diseño de la entrevista en profundidad, la aplicación y transcripción de la entrevista realizada a la madre, para poder categorizar la experiencia y así mismo evidenciar si se sintió vulnerada cuando contrajo la enfermedad COVID-19 durante la gestación.

Reporte de caso

Mujer gestante de 27 años que con 33 SG súbitamente presentó epigastralgia y edemas en MM II. Por tal motivo, hace una consulta telefónica a su servicio de salud (médico general y enfermera), se desplazan a su domicilio para comprobar su estado, y tras verificarlo la recomiendan acudir al servicio de urgencias.

- Datos de la paciente: mujer gestante residente de Bogotá, sexo: femenino, 27 años, estado civil: unión libre, estudiante universitaria y trabaja en una entidad de salud (teletrabajo por la pandemia y su condición).
- Antecedentes personales: sin interés. No alergias conocidas.
- Antecedentes obstétricos: G1P0 C0A0.
- Antecedentes familiares: abuela materna asma e HTA.
- Curso del embarazo: FUR que ella no recuerda. Por ecografía (en urgencias) se determina que fuera el 17 /1 /2020.

Tuvo una primera consulta presencial en la que le realizaron los exámenes pertinentes y el seguimiento de embarazo continuó, a raíz de la pandemia, por vía telefónica. La enfermera realizó el seguimiento del control prenatal y por parte de psicología le hicieron el seguimiento y la orientación mientras estuvo con COVID-19. Desde el lugar de trabajo le llevó a cabo el seguimiento la enfermera de salud laboral.

En junio de 2020 su pareja (con la que convive) presentó tos, odinofagia y temperatura elevada y sintomatología, por la que le hicieron una determinación para SARS Cov-2, cuyo resultado positivo confirmó infección por COVID-19.

La mujer gestante acudió a consulta médica con síntomas gripales, que el médico corrobora; en el lugar de trabajo el

14 de junio de 2020 le hacen prueba diagnóstica para CO-VID-19, la envían para la casa con las indicaciones de medidas de bioseguridad a adoptar (ambos se encuentran aislados y en habitaciones separadas); el 19 de junio a la pareja con la segunda prueba y a ella con la tercera, confirman positivo para el virus SARS CoV-2.

El 24 de junio, cinco días después del test positivo (SG 22+5), empezó con tos, malestar general, congestión nasal, expectoración y fatiga. El 25 de junio, seis días después del test positivo (SG 22+6), perdió el olfato y el apetito, lo manejó con acetaminofén (paracetamol) y abundantes líquidos, tratamiento ordenado por el médico.

Se le hizo un seguimiento (telefónico) de la infección por COVID-19 de 13 semanas, cursando con normalidad hasta la remisión de los síntomas de la infección y sin alteraciones en el embarazo hasta la SG 33 en que presenta epigastralgia y edemas.

En todo el tiempo de embarazo no se le hicieron analíticas, ecografías de control, peso, debido a la cuarentena.

A su llegada a Urgencias (SG:33) se le realizó una entrevista en profundidad y ella refirió que a las 22 semanas se infectó con SARS CoV-2 y manifestó haber sufrido "angustia, estrés, ya que se imaginaba que podía desarrollar neumonía por el virus y que esto le provocara una amenaza de parto prematuro y pérdida del bienestar fetal".

Datos de la valoración

En la exploración física se evidencian edemas en MM II (no en cara y manos) y refiere epigastralgia. No refiere otros síntomas pre-eclámpticos (cefalea, visión borrosa, dolor abdominal).

T/A 130/80 mmhg.

Resultados de laboratorio: normales.

Tonos fetales: +145/lt./minuto.

Movimientos fetales: presentes.

RCTG: satisfactorio.

Ecografía: FPP 22 de octubre 2020 (SG.33). Parámetros fetales normales. Presentación podálica.

Diagnóstico

Se descarta una hipertensión inducida por el embarazo y, por tanto, no requiere tratamiento, se le indica reposo relativo. En la consulta de urgencias se le asegura el bienestar fetal y el propio, se le explican los signos de alarma por los que acudir de nuevo. A las 35 SG tuvo control con el médico donde le programa la cesárea por presentación podálica.

El parto fue por cesárea y el bebé nació el 17 de octubre de 2020 (SG 39+4), todo bien. En la primera semana de

postparto presentó cefalea postpuncion manejada con reposo durante cinco días y analgésicos (naproxeno y acetaminofén). La mujer puérpera manifiesta además que desde que se infectó por COVID-19 le quedaron secuelas en el sentido del gusto y del olfato.

Discusión

Según el Diccionario de la Lengua española se define la vulnerabilidad como la cualidad de vulnerable. Vulnerable es todo aquel que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente (RAE, 2017)²⁴. Es decir, que vulnerabilidad es la situación por la cual una persona o comunidad se ve más permeable a peligros o amenazas que, en el caso de la mujer embarazada, además, "pueden repercutir negativamente en la salud psico-física de la madre y el niño por nacer"¹.

En este caso la mujer gestante es el sujeto vulnerable, primero por la propia vulnerabilidad inducida por el embarazo, estado que, junto con la maternidad, son con toda seguridad los dos periodos vitales de la mujer que se acompañan de cambios físicos, psíquicos y emocionales que las convierten en sujetos vulnerables. De otro lado, se le añade la amenaza real de la enfermedad por COVID-19 con su propia afectación física, temor a secuelas y el sentimiento de peligro por su hijo no nacido al pensar que pudiera sufrir una amenaza de parto prematura con la consiguiente supuesta pérdida de bienestar fetal. A estos condicionantes se le suma la separación física de la pareja (también infectada y por cuya salud sentirá lógica preocupación), de los familiares y del entorno habitual, además de sufrir otras restricciones impuestas como el cambio en la asistencia prenatal, etc. (Figura 1).

Se aborda el caso de una mujer gestante infectada por CO-VID-19 desde la teoría de Ramona Mercer que se caracteriza por la adopción del rol maternal, proponiendo la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes para la adopción de este rol. La madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va vinculando a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo, a la vez que ella misma experimenta sensación de armonía, intimidad y competencia para llegar al punto final que es la adopción del rol materno, es decir la identidad materna, proceso interactivo y evolutivo que se genera desde el inicio de la gestación hasta el puerperio tardío²¹.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner, que defiende que todos los seres humanos están inmersos en un grupo de sistemas que se interrelacionan entre sí, desde el más inmediato a

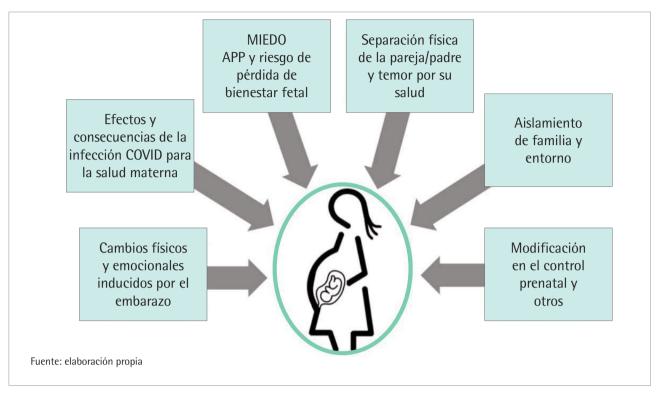


Figura 1. Factores de vulnerabilidad en la gestante con COVID-19

los más distantes (como las muñecas rusas), que tienen influencia directa en la conducta y la forma de percibirse y percibir el mundo²⁴.

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce por parte de la mujer gestante la adopción del rol maternal, que incluye la familia y los factores relacionados con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplía los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre-niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño²¹.

Ante la confirmación de la enfermedad "lloró, se estresó y avisó a su familia ya que se imaginaba que podía desarrollar neumonía por el virus y que esta originara una amenaza de parto prematuro y pérdida del bienestar fetal".

• La noticia de su enfermedad le generó estrés, angustia y miedo, que convirtió la alegría de tener un hijo, en una preocupación real ocasionada por los peligros generados por el virus en su estado de embarazo, al pensar que pudiera convertirse su gestación de inicio normal, en un embarazo de alto riesgo. Los factores estrés y ansiedad pueden desencadenar una amenaza de parto

pretérmino que concluya en un parto prematuro si no se solventan a tiempo los estresantes.

- En el aviso a su familia hay llamada de atención en busca de apoyo.
- Expresa la frustración y deja palpable el vacío, e incluso indefensión, que siente ante la imposibilidad de que su pareja pueda compartir el espacio físico con ella por cuestión del aislamiento preventivo.

Este momento en el que la mujer le sobreviene un problema es cuando el refuerzo de la pareja, y de la familia, es vital para sobrellevar con menos ansiedad y estrés el problema de salud. Se evidencia en la literatura científica que el acompañamiento permite un apoyo emocional continúo brindado por el padre o familiar durante el proceso de la gestación, el trabajo de parto y parto y el puerperio. Sin embargo, la situación preventiva de aislamiento de la familia y de distancia social de su pareja infectada, interfirió en el efecto protector positivo.

2. **El macrosistema** incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas; el entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal²¹.

En la entrevista, la mujer gestante, en relación con la atención en salud, refiere:

"La atención en salud empezó a ser por ayuda tecnológica, le informaron los signos de alarma que debía de tener en cuenta durante la gestación y la COVID-19, además tuvo apoyo de psicología para el manejo del estrés y no pudo volver al control prenatal".

Desde la atención en salud es importante que las instituciones definan los diferentes mecanismos para que las mujeres gestantes puedan saber y reportar sus signos de alarma: fiebre mayor a 38 °C, tos, dificultad para respirar, fatiga o vómito permanente, en cuyo caso deben contactar con su servicio de salud. En el caso de la mujer gestante entrevistada la institución ha de implementar y garantizar con su red de prestación de salud "la atención del cuidado prenatal a través de atención domiciliaria o telemedicina, incluyendo entrega de medicamentos de acuerdo con la necesidad de cada paciente" 26.

Al aparecer la COVID-19 en Colombia, y tras ser decretada la pandemia, los protocolos de atención a estas mujeres embarazadas se han reforzado, tanto en personal de salud que labora en las áreas obstétricas y neonatales, como en la infraestructura de atención. Para apoyar a las mujeres gestantes durante la pandemia se les integra en un programa especial, ya que se pueden considerar pacientes más vulnerables, puesto que aunque no se incremente su probabilidad de contagio COVID-19, la situación de embarazo puede resultar en un agravante para la madre y el feto en caso de contraer la enfermedad. De acuerdo al grado de complejidad del embarazo se determina la salud de la madre y del feto al inicio y durante toda la gestación, ya que pueden aparecer patologías concomitantes con el embarazo y requerir otras actuaciones extraordinarias.

Debutó en la SG 33 con "epigastralgia y edemas".

Este signo de alarma alteró el entorno de la entrevistada. A su situación de embarazo complicado por la COVID-19 y la enfermedad de su pareja se le sumaron el estrés del trabajo y el estudio propios. Con reposo, disminución de los factores estresantes y el de sus actividades laborales y estudiantiles, desapareció la sintomatología. Fue importante la consulta presencial en urgencias en la que le aseguraron el bienestar fetal y el propio, eso le aportó mucha tranquilidad.

En la entrevista la madre expresó:

"Que lo único que no ha podido efectuar es el curso para la preparación de la maternidad y paternidad responsable debido a la situación de la pandemia ocasionada por la COVID-19". Las mujeres gestantes se deben preparar para la maternidad, para ello se necesita formación para que adquieran conocimientos sobre el desarrollo de la gestación normal y posibles complicaciones, permitiendo en ellas generar un comportamiento de autocuidado, haciendo partícipe a la pareja y la familia.

El profesional de enfermería tiene una labor importante, ya que brinda educación a las mujeres en los controles prenatales y al curso de preparación a la maternidad y paternidad responsable para fomentar el cuidado desde la etapa prenatal, parto, postparto y crianza del recién nacido; garantizando una maternidad digna, humana y saludable mediante la buena calidad de atención en las diferentes etapas. Una atención humanizada y de calidad reduce la morbimortalidad materna y perinatal.

Estadios de la adquisición del rol maternal

Según R. Mercer hay cuatro pasos para la consecución del rol maternal como se muestra en la Figura 2:

En la fase de ANTICIPACIÓN: en el caso tratado hay muchos factores, algunos de ellos inusuales como la enfermedad por COVID-19 y lo que ella conlleva, además de que la mujer gestante en la entrevista expresa para que esta fase se altere e impida o dificulte los siguientes pasos hasta la adquisición del rol maternal.

"Realmente mi embarazo no fue planeado y es un proceso demasiado duro, aunque tiene el apoyo de su pareja y cree que esta labor es de los dos".

Como se ha definido, el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos durante la gestación, en esta fase la madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol²¹.

En este caso han confluido un buen número de circunstancias adversas que podrían alterar significativamente la fase de anticipación:

- Asumir un embarazo no planificado.
- Padecer una enfermedad de resultados imprevisibles.
- Soportar ansiedad y estrés porque el desarrollo de la enfermedad le indujera una amenaza de parto pretérmino.
- Sufrir preocupación por la evolución de su pareja enferma por COVID-19.
- Aceptar el aislamiento físico de su entorno: pareja, familia, amigos, vecinos.
- Cambiar las condiciones de trabajo y de estudio.
- Admitir el cambio en la asistencia del control del embarazo.
- Prescindir del Curso de Preparación a la Maternidad.

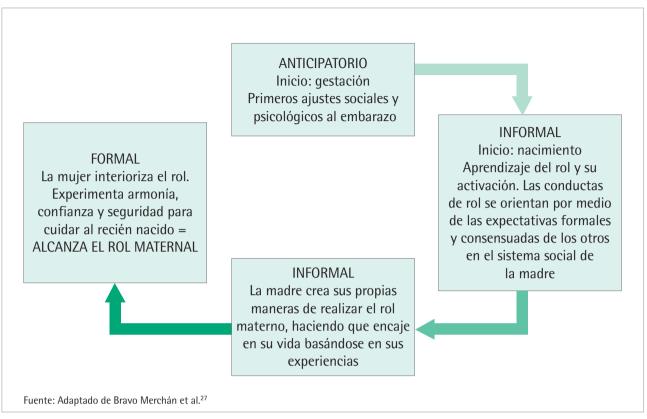


Figura 2. Estadios de la adquisición del rol maternal

Desde esta perspectiva, la labor de la enfermería es decisiva para solventar en la manera de lo posible las circunstancias negativas que han confluido en la fase, aportando seguridad, tranquilidad e información precisa para que la mujer gestante no se sienta sobre estimulada negativamente ante tales circunstancias y no solo su embarazo y ella misma se vean más afectadas que lo que cabría esperar en esta situación especial, sino que además las circunstancias representen un escollo para alcanzar las siguientes fases y concluir con la adopción del rol maternal.

Conclusiones

• La aplicación de la teoría del rol materno de Ramona Mercer apoya la adopción del rol materno, por ello desde las entidades de salud lo importante es educar e informar a las mujeres gestantes sobre los signos de alarma y los diferentes métodos o posibilidades para la atención segura de las mujeres gestantes, el parto y el puerperio siempre, pero aún más reforzadamente frente a la pandemia CO-VID-19, asegurando la continuidad de cuidados y teniendo en cuenta a todos sus actores: familia, padre, entorno, equipo de salud para facilitar la adopción del rol maternal.

- El personal de enfermería ha de fomentar el autocuidado de la mujer gestante y el nuevo ser desde el control prenatal y el curso para la maternidad y paternidad responsable, fortaleciendo el cuidado y la identificación de riesgos, en este caso y debido a las circunstancias, aunque sea de forma telemática, no se puede abandonar esta labor.
- La situación de riesgo a la que se expone una mujer gestante en medio de la pandemia por COVID-19 aumenta su vulnerabilidad generando un incremento de los niveles de estrés y angustia en medio del contagio ante los inciertos efectos que podrían derivarse, de un virus del que aún poco se conoce sobre su repercusión sobre el binomio madre-hijo en el embarazo.
- El apoyo emocional en la mujer gestante que se diagnostica como positiva frente al virus COVID-19, es fundamental, y en él se incluye el acompañamiento multidisciplinario del equipo de salud para el control de su salud física y conservación de su salud mental.

En la labor sanitaria es fundamental informar a las mujeres gestantes sobre los signos de alarma y los diferentes métodos o posibilidades para una atención segura en el embarazo, parto y puerperio especialmente durante la pandemia

COVID-19, alentar sus capacidades para la consecución del logro, despejar sus temores para minimizar el estrés, además de propiciar la interrelación efectiva con su entorno familiar y social, para que le presten un apoyo efectivo, aunque condicionado por la situación, que le aporte seguridad y estabilidad. En función de ello, las entidades de salud, a través especialmente de la enfermería (matronas, enfermeras), en trabajo conjunto con la mujer gestante, deben mantener un contacto estrecho y preparar a la mujer para el embarazo, parto y puerperio (aunque sea vía telemática); en todo momento de la gestación es preciso identificar los factores de apoyo de la mujer embarazada y los que por contra no lo son, a fin de favorecer el proceso para lograr que alcance con éxito el final de su gestación y consiga adoptar el rol maternal. Esta identificación tiene que ser aún más exhaustiva tanto más cuando, como en el caso presentado, existe la potencialidad de afectación en el embarazo por un factor disturbador como la COVID-19.

Bibliografía

- Bravo LM, Feliu A, Matienzo J, Valdés C. La asistencia a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad y la pobreza interpersonal. V Congreso Internacional "Las caras invisibles de la pobreza: una mirada integral de la vulnerabilidad". Buenos Aires: Campus Universitario Austral, Pilar; 2018.
- 2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. OMS [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- 3. Congreso de la República de Colombia. Ley de Parto Humanizado. Gaceta Nº 664 de [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: http://www.camara.gov.co/ley-de-parto-humanizado
- Cantero A, Fiuri L, Furfaro K, Jankovic MP, Llompart V, San Martín ME. Acompañamiento en Sala de Partos: Regla o Excepción. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2010; 29(3):108-12.
- Franco-Yáñez CE, Hernández-Pacheco JA. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. Perinatol Reprod Hum 2016; 30(1)31-8.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema código: 549. [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_morbilidad_materna_ extrema_2018.pdf
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. Capacitación e implementación en la metodología de la vigilancia de la mortalidad materna extrema externa en diez direcciones territoriales

- de salud [internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2008. [citado 20 nov 2020] Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/CapacitacionesTalleres/Taller%20MMEG %20oct-07-2008/MME%20TALLER.ppt
- 8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos Prematuros. OMS [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pretermbirth
- Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal 42 2020. BES. INS [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_42.pdf
- Quirós-González G, Alfaro-Piedra R, Bolívar-Porras M, Solano-Tenorio N. Amenaza de parto pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD 2016; 1(1):75-80.
- Grandi C, González MA. Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [internet] 2008 [citado 20 nov 2020]; 27(2):51-69. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227202
- 12. Aguilera Elizarraraz NL, Vega Argote G, Montañez Frausto MA, Montesinos Toscano L. Riesgo de trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. Index Enferm [internet]. 2014 Jun [citado 20 nov 2020]; 23(1-2):21-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1132-12962014000100005&Inq=es
- 13. Solís Granados RP. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión: enero-marzo 2014 [internet] [citado 20 nov 2020] Disponible: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3649
- 14. Abehsera Davó D. Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica. Tesis Doctoral. Madrid, 2012 [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/10306/52382_Abehsera_dav%C3%B3_daniel.pdf?sequence=1
- Ortiz Martínez RA, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. Rev Colomb Psiquiat. [internet] 2016 [citado 20 nov 2020]; 45(2):75-83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a04.pdf
- Pêgo JM, Sousa JC, Almeida OF, Sousa N. Stress and the neuroendocrinology of anxiety disorders. Current Topics in Behavioral Neurosciences [internet] 2010 [citado 20 nov 2020]; 2:97-117. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F7854_2009_13
- 17. Herrera M, Arenas J, Rebolledo M, Barón N, De León J, Yomayusa N, et al. Guía Provisional de la FIMMF para la Embarazada con Infección por Coronavirus (COVID-19), control prenatal, precauciones para unidades de diagnóstico prenatal, parto, puerperio y lactancia. Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal- Keralty. [internet] Abril 2020 Bogotá-Colombia. [citado

- 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.flasog.org/static/CO-VID-19/FIMMF.pdf
- Protocolo: Coronavirus (COVID-19) y gestación. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.html
- Cerón ML, Argote LA. La inasistencia al programa madre canguro desde la teoría de la incertidumbre y del modelo Dreyfus. Av Enferm [internet] 2012 [citado 20 nov 2020]; 30(3):70-82. Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39866
- Álvarez Y, Débora M, Pérez B, Cindy L. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Avances en Enfermería 2017; 35(1):77–86. Doi: https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.52586
- Alvarado A, Guarín LM, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Revista Cuidarte [internet] 2011 [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706

- 22. Páramo P. La Investigación en Ciencias Sociales: Estrategia de Investigación. Bogotá D.C.: Universidad Piloto de Colombia, Gráficas Gilpor Ltda.; 2011.
- 23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 8430 de 1993 de octubre 4 de 1993 [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF
- 24. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: RAE; 2014.
- 25. Musitu Ochoa G. Introducción a la psicología comunitaria. Editorial UOC, 30 sept 2004.
- 26. Mujeres embarazadas forman parte de pacientes vulnerables frente a COVID-19. Gestarsalud [internet] [citado 20 nov 2020]. Disponible en: https://gestarsalud.com/2020/05/01/mujeres-embarazadas-forman-parte-de-pacientes-vulnerables-frente-a-covid-19/
- 27. Bravo Merchán EG, Parra Chacha SM. Adopción del rol maternal en una puérpera primigesta: a propósito de un caso. Ocronos Editorial Científico Técnica; 2019.

- ¹ Natalia Barrio-Forné
- ² Laura Miguel Martín
- ³ Virginia Moreno Lamana
- ³ Isabel Martínez Cuñado

Posiciones de la mujer gestante durante las fases de dilatación y expulsivo: una revisión bibliográfica

¹ Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

E-mail: nata barrio@hotmail.com

- ² Matrona. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)
- ³ Matronas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Fecha de recepción: 19 de abril de 2020. Fecha de aceptación: 28 de noviembre de2020.

Cómo citar este artículo:

Barrio-Forné N, Miguel Martín L, Moreno Lamana V, Martínez Cuñado I. Posiciones de la mujer gestante durante las fases de dilatación y expulsivo: una revisión bibliográfica. Matronas Hoy 2020; 8(3):53-60.

Resumen

Introducción: tradicionalmente las posiciones de la madre a lo largo del proceso del parto variaban, siendo las más habituales adoptadas por las mujeres las verticales. Con el paso del tiempo, la medicalización del parto, las nuevas prácticas y algunos otros factores sociales se fue instaurando la posición supina hasta convertirse en la más utilizada.

Objetivo: investigar si se han descrito novedades en la literatura científica de los últimos 15 años en relación con las ventajas y desventajas de las diferentes posiciones maternas adoptadas tanto en la el periodo de dilatación como en el periodo expulsivo de parto.

Metodología: se realizó una revisión de revisiones a través de los buscadores PubMed, Cochrane, Scopus y Web of Science. Se escogieron artículos publicado desde 2005 y se acotó por idioma (español e inglés).

Resultados: se obtuvieron 54 artículos, de los cuales fueron seleccionados 10. Se compararon las diferentes posiciones adoptadas, especialmente la supina (la más habitual) con las verticales.

Discusión: en la literatura científica más reciente se sigue manteniendo que las posiciones verticales disminuyen el tiempo de la primera y segunda fase del parto respecto a la posición de decúbito supino. Además, ofrecen ventajas sobreañadidas como más probabilidades de parto eutócico, menos dolor, menos alteración del RCTG, menos episiotomías; aunque por contra propician mayor número de desgarros perineales de segundo grado.

Conclusiones: según la evidencia disponible, actualmente la posición vertical es la más idónea para el desarrollo del parto. Las matronas, como profesionales de la asistencia al parto normal, han de informar a las mujeres gestantes de las posiciones más favorecedoras del proceso y, consecuentemente y respetando su libertad de decisión, facilitarles la mayor libertad de movimiento posible, para que adopten las posiciones que les resulten más cómodas a lo largo del proceso de parto y nacimiento.

Palabras clave: posiciones materna; parto; embarazo; periodo de dilatación; periodo expulsivo.

Abstract

Positions of the pregnant woman during the dilation and second stage of labour: a bibliographic review

Introduction: traditionally, the positions of the mother throughout the labour process have varied, and the most typically adopted by women were vertical. Over time, with the medicalization of labour, new practices, and some social factors, the supine position became established until becoming the most widely used.

Objective: to research if any innovations have been described in scientific literature in the past 15 years, regarding the advantages and disadvantages of the different maternal positions adopted both in the dilation period and in the second stage of labour.

Methodology: a review of reviews was conducted through these browsers: PubMed, Cochrane, Scopus, and Web of Science. There was a selection of articles published from 2005, and the search was limited by language (Spanish and English).

Results: in total, 54 articles were obtained, and 10 of these were selected. The different positions adopted were compared, particularly supine (the most common) vs. vertical.

Discussion: the most recent scientific literature still supports that vertical positions reduce the duration of the first and second stages of labour, vs. the supine position. Moreover, these offer additional advantages such as: higher likelihood of eutocic delivery, less pain, lower alteration in CTG, and lower number of episiotomies; but on the other hand, they cause a higher number of second-grade perineal tears.

Conclusions: according to the evidence currently available, the vertical position is the most adequate for labour. Midwives, as professionals assisting normal labour, must inform pregnant women about the positions that will enable a better process, and consequently, and preserving their freedom of decision, these women must be allowed the highest freedom of movement possible, so that they can adopt the positions more comfortable for them throughout the labour and birth process.

Key words: maternal positions; labour; pregnancy; dilation stage; second stage of labour.

Introducción

Antecedentes e historia de las posiciones en el parto

A lo largo de la historia, el parto, definido como un proceso natural y fisiológico, ha cambiado en su conceptualización, las formas de asistencia y los asistentes mismos. Su evolución comenzó desde la prehistoria, cuando las mujeres parían de cuclillas^{1,2}, considerándola una posición refleja³. Más adelante, en Egipto y en la época de Hipócrates en Grecia, las posiciones adoptadas más frecuentemente eran de rodillas o sentadas en sillas especiales: las sillas de parto, las cuales tenían el asiento abierto y respaldo inclinado¹.

Cuando Colón llegó a América pudo observar que la posición vertical era la dominante, ya fuera en cuclillas, arrodillada o sentada¹ (Imagen 1).

Será en Francia, por muchos siglos cuna de la obstetricia, cuando por el siglo XVII se empiece a generar la revolución que concluirá en un cambio radical en la asistencia al nacimiento, pues no solo cambiará la postura de la mujer en el parto sino e incluso los asistentes, postergando a las matronas de la primera línea de atención a los partos normales, para dar entrada a los varones, y paulatinamente se abandonará el hogar para nacer en los hospitales. Esta corriente se extenderá durante los siglos siguientes por todo el mundo.

Un capricho de Luis XIV parece que cambió el curso de la asistencia del parto, porque este pidió, en 1663, la ayuda de Julien Clément (*accoucher*) durante el parto de su favorita,



Imagen 1. Mural KOM ombo

Louise de la Vallière. Luego requirió la asistencia de cirujanos en los partos de Madame de Montespan y la reina Marie-Thérèse de Austria y lo cierto es que al rey le gustaba observar los partos, y la posición vertical de pie o en silla de parto se lo impedía, por lo que asistir el parto con la mujer tumbada en la cama fue la forma de satisfacer su curiosidad⁴.

Así se produjeron en Francia los primeros partos con la mujer tumbada en la cama. Sin embargo, el cambio definitivo de posición de las mujeres en el parto sin duda fue por muchos factores, menos obstétricos y más interesados y circunstanciales. Los cirujanos primero se introdujeron en la asistencia al parto, entre la nobleza, luego la moda se extendió a la burguesía y así fueron copando terreno los parteros. François Mauriceau fue quien describió la postura semisentada para el parto conocida como la posición "francesa"⁵, cuyo uso se extendió desde Francia en siglos siguientes al resto de Europa y a América del Norte. De forma gradual, en la mayoría de los países evolucionó a completamente tumbada (dorsal o de litotomia).

Simultáneamente a estos acontecimientos aumentó el número de médicos del sexo masculino que atendían partos y se cambió la ubicación de la asistencia del domicilio al hospital².

Desde la irrupción de los varones en la asistencia obstétrica, además con todas las prerrogativas y con el elemento obstétrico que marcaría la diferencia entre la asistencia de las matronas y los varones, el fórceps, gradualmente los parteros fueron ganando terreno en la asistencia obstétrica y las mujeres atendidas por ellos fueron perdiendo su libertad de movimiento en el parto; las sillas de parto utilizadas desde tiempo inmemorial por las parteras fueron siendo sustituidas por una mesa que ofreciera un apoyo plano y accesible a la vista del médico hasta llegar a instaurarse el parto en mesa de partos y posición de litotomía.

En este camino hasta la actualidad, en la que mayoritariamente la posición litotomía o semitumbada es la más habitual en la asistencia al parto, se suceden muchos hechos y circunstancias que contribuyen que esta postura perdure: empleo de éter, anestesia general, transferencia paulatina de los partos desde los hogares a los hospitales, problemas de infraestructuras para permitir la deambulación y salas de partos ya convencionales con mesas de partos según "la modernidad", monitorización electrónica, control médico del parto absolutamente afianzado tras más de dos siglos.

Sin embargo, el gran determinante de que actualmente la inmensa mayoría de las mujeres en este país (y en muchos otros del entorno) no utilicen las posiciones verticales, más favorecedoras del proceso de dilatación y parto, es la analgesia epidural (escasos centros ofertan walking epidural que reduciría este problema, aunque también es cierto que pocas mujeres actualmente la demandan). La inclusión gratuita de la analgesia epidural en el 2000 en el sistema Na-

cional de Salud⁶ sentencia aun más las postura horizontal, aunque hay que mencionar que es una decisión libre y voluntaria de la mujer que firma un consentimiento informado en el que, entre otras cosas, se informa de la inmovilidad que le causará la técnica.

No hay datos actualizados respecto a las posturas en el parto en España, los últimos emitidos por el Ministerio de Sanidad de España (2012)⁷ estimaban que la posición de litotomía continuaba siendo la posición habitual en el expulsivo con una frecuencia del 87,4%, dejando por tanto poco margen al resto de posiciones verticales, de pie o en cuclillas, en decúbito lateral y cuadrupedia (manos-rodillas).

Tipos de posiciones

Cada una de las posiciones que pueden adoptarse durante el trabajo de parto aportan un movimiento único a la pelvis que pueden favorecer o no a los movimientos cardinales del parto: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión:

- Decúbito supino: completamente tumbada o con el respaldo inclinado máximo a 45°. La posición de litotomía se posicionará además con las piernas separadas colocadas sobre las perneras de la mesa ginecológica8.
 - No ejerce una presión positiva de la presentación sobre el periné, el cóccix queda comprimido con lo que disminuye el espacio que tiene el feto para salir, por lo que se desaconseja su uso durante el expulsivo. Además, puede producir en la mujer embarazada compresión aorto-cava dando lugar a un cuadro de hipotensión (síndrome "supino hipotensivo") que puede comportar repercusión fetal; de otro lado las contracciones son más débiles en esta posición porque se desaprovecha la presión ejercida por la presentación fetal, se infrautiliza la fuerza de la prensa abdominal y la de la fuerza de la gravedad.
- Sedestación: en un taburete o en una silla obstétrica³, en las modernas camas de partos también se permite esta postura. Esta posición ejerce presión sobre las tuberosidades isquiáticas de la pelvis, posibilitando un movimiento lateral de los huesos innominados y aumentado así el diámetro de la pelvis hasta un 30%. Si la mujer gestante se inclina hacia delante en esta misma postura, el sacro y el cóccix no retroceden, lo que aumenta el diámetro anteroposterior¹⁰.
- Decúbito lateral: una de las posturas idóneas para el expulsivo, junto con la posición de rodillas². Facilita el aumento del diámetro transversal, colocando la pierna superior lejos de la pierna inferior, bien apoyando dicha pierna en un soporte o separando ambas con unas almohadas, asegurando siempre la comodidad¹o.
- Sobre las rodillas: es otra de las opciones ideales para realizar los pujos, antes incluso que la posición vertical².

 Posiciones verticales: en cuclillas, en cuclillas con un cojín de nacimiento³, de pie o caminando¹⁰. Los beneficios de esta están relacionados con la gravedad, ya que hay menos compresión aorto-cava, se alinea mejor el feto y facilita la salida pélvica anteroposterior y transversal³. También disminuye la morbilidad y el dolor de la madre⁷, además de ser una de las opciones más favorables para empujar².

Análisis de la situación actual

El motivo principal para la elección de una posición u otra parece ser el entorno, el cual tiene un impacto fisiológico y psicológico importante en el parto. También está influenciada por otros factores como la cultura, se cree que la posición dorsal es la que está aceptada por la sociedad; y el nivel educativo, observando que mujeres con estudios universitarios son más adeptas a utilizar posiciones diferentes al decúbito durante la fase expulsiva¹¹, sin olvidar la limitación que la analgesia epidural, de uso extendido en la época actual, lleva apareada.

Objetivo

Dado que las posiciones maternas en el parto siguen siendo tópicos de interés e investigación, actualmente en función de las consideraciones anatómicas y los resultados materno-perinatales, el equipo de trabajo se propone investigar la producción científica de los últimos 15 años, coincidente, por otra parte, con la tendencia a una asistencia al parto menos intervencionista, para ver si hay nuevos aportes sobre las ventajas y desventajas que presentan las distintas posiciones maternas para una mejor evolución de la primera y segunda fase del parto.

Método

Se siguió el guion recomendado por PRISMA¹² para realizar el estudio con la mayor calidad metodológica posible y ofrecer una alta evidencia a través del desarrollo completo de los apartados que se marcan en esta lista.

Diseño del estudio

Se llevó a cabo una revisión de revisiones sistemáticas en los buscadores PubMed, Scopus, Cochrane y Web of Science desde 2005 hasta la actualidad.

Estrategia de búsqueda

Se relacionó el término "maternal position" con los subtérminos "birth", "labor, obstetric", "delivery, obstetric", "labor stage, first" y "labor stage, second", establecidos como términos MesH en PubMed, o en términos clave en otros buscadores. Se acotó por fecha de publicación, aceptando aquellos artículos que no tuvieran más de 15 años; por tipo de

diseño, incluyendo solo las revisiones y se escogieron los que estuvieran redactados en inglés y castellano.

Selección de los estudios

Se realizó una primera búsqueda atendiendo al título de los artículos en los buscadores seleccionados, eligiendo los que hicieran referencia a las posiciones de la mujer gestante durante la dilatación y/o expulsivo, aceptando tanto las revisiones sobre partos institucionalizados como domiciliarios.

Se eliminaron los que mencionaran una única posición, relacionándola con una complicación obstétrica, como por ejemplo reversión de presentación fetal distinta a la de occipucio, mala colocación del occipucio fetal en la pelvis, prolapso de cordón, etc.

De esta forma se obtuvieron 54 artículos, de los cuales se eliminaron 25 por estar repetidos y se añadieron 36 a través de sus referencias bibliográficas.

A continuación se llevó a cabo una segunda selección a través de los resúmenes. Para ello se establecieron como criterios de inclusión, además de los anteriores: revisiones sistemáticas que incluyeran dos o más posiciones maternas intraparto y descripción de variables relacionadas con las distintas posiciones (bienestar fetal, duración del parto, evolución, etc.).

Se escogieron en esta parte 27 artículos, de los cuales tuvieron que excluirse 17 ya que estaban redactados en otro idioma distinto al castellano e inglés o no cumplían con los criterios de inclusión.

En la última parte de la selección se hizo una revisión completa de los estudios. Para escoger los más adecuados se evaluaron mediante el test de calidad SIGN, para conocer el nivel de evidencia y el grado de recomendación y, así, poder aumentar la fiabilidad de la elección final¹³. Se evaluaron los objetivos de la investigación y su coherencia en el desarrollo de la misma; la información aportada sobre la población de los estudios seleccionados, la intervención que se lleva a cabo; los resultados obtenidos y la calidad metodológica. Con ello se seleccionaron finalmente 10 artículos (Figura 1).

Resultados

De los 54 artículos seleccionados al inicio, 10 estudios cumplían los criterios de inclusión, los cuales están reflejados en la Tabla 1.

Todos los artículos seleccionados son revisiones sistemáticas, en las cuales recopilaron para su desarrollo ensayos aleatorios y cuasi-aleatorios. En una de ellas, excepcionalmente, se añaden otro tipo de estudios, como son meta-análisis, cohortes, de opinión y capítulos de libros. El número de artículos escogidos varía de 5 a 40.

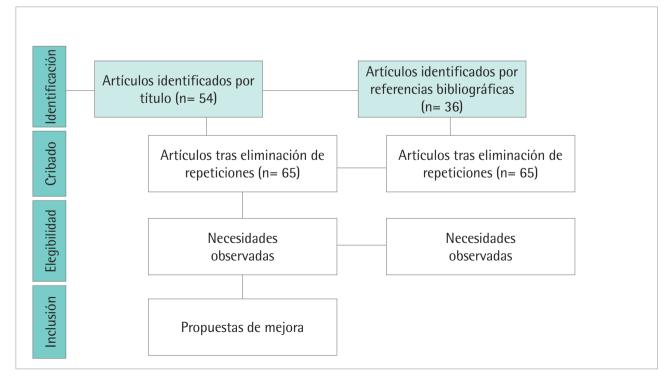


Figura 1. Selección de artículos

Estudio	Características de la revisión	Causa fundamental	Calidad metodológica (SIGN)
Berghella et al. 2008. EE.UU.	Publicaciones de 1966 a 2008, que escogieran mujeres embarazadas sanas con fetos únicos, en cefálica, con parto espontáneo, entre las semanas 37 y 41	La posición vertical es la idónea en la segunda fase del parto y no realizar técnicas rutinarias	Evidencia: 1- Recomendación: B
Gupta et al. 2017. Reino Unido	Ensayos aleatorios en mujeres embarazadas en la segunda fase del parto	Obtuvieron 30 estudios La posición vertical acorta la segunda fase	Evidencia: 1- Recomendación: B
Kemp et al. 2013. Reino Unido	Ensayos aleatorios o cuasi-aleatorios, realizados en embarazadas en la segunda fase del parto que recibieran epidural	Recopilaron cinco estudios No hay diferencias entre la posición vertical y la supina	Evidencia: 1+ Recomendación: A
Bueno Montero. 2013. España	Publicaciones de 1969 a 2013	Escogió 40 estudios El tiempo de dilatación disminuyó una hora en posiciones verticales y en cinco minutos aproximadamente el expulsivo	Evidencia: 2++ Recomendación: C
Gupta et al. 2008. Reino Unido	Estudios aleatorios en mujeres embarazadas en expulsivo.	Seleccionaron 19 estudios La evolución del parto es mas eficiente en posiciones verticales	Evidencia: 1- Recomendación: B
Kibuka et al. 2017. Reino Unido	Ensayos aleatorios, cuasi-aleatorios o cluster	Seleccionaron cinco estudios No encontraron diferencias claras entre la posición vertical y supina	Evidencia: 1 - Recomendación: B
Kopas. 2014. EE.UU.	Meta-analisis, revisiones sistemáticas y estudios observacionales retrospectivos	Seleccionó 19 estudios No obtiene conclusiones claras sobre las posiciones	Evidencia: 2++ Recomendación: C
Lawrence et al. 2009. Australia	Ensayos aleatorios y cuasi-aleatorios	Seleccionaron 21 estudios Las posiciones verticales acortaban la primera fase del parto y necesitaban menos analgesia	Evidencia: 1- Recomendación: B
Lawrence et al. 2013. Australia	Ensayos aleatorios y cuasi-aleatorios	Seleccionaron 25 estudios. La posición vertical daba mejores resultados materno-fetales	Evidencia: 1- Recomendación: B
Priddis et al. 2012. Australia	Ensayos controlados aleatorios, meta- analisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohortes, trabajos de opinión y capítulos de libros	Seleccionaron 40 estudios. La libertad de posiciones favorece el transcurso del parto	Evidencia: 2++ Recomendación: C

En la mayoría de los estudios se hace referencia a todas las posiciones que puede adoptar una mujer gestante en el momento del parto, pero la comparativa que se hace con mayor asiduidad es la de posición vertical con posición supina.

El momento de elección para ver los beneficios de cada posición ha sido la segunda fase del parto, es decir, desde que la dilatación se ha completado hasta que el feto nace,aunque hay cinco revisiones que mencionan la primera fase del parto.

Hay otras variables que se miden en las publicaciones para argumentar la utilización de la posición vertical o la supina, como son el tipo de parto, el uso de oxitocina, la petición de epidural, el tipo de registro cardiotocogáfico (RCTG), la episiotomía, los desgarros perineales y el bienestar del recién nacido.

Discusión

Duración de la primera fase del parto

El mantenimiento de la posición vertical durante la dilatación acorta el tiempo medio respecto a la posición de decúbito. Esta hipótesis fue demostrada por Lawrence et al. en 2009¹⁴, quienes observaron que esta fase en mujeres multíparas duraba treinta minutos menos de media respecto a las que permanecían en posiciones supinas. En 2013, realizaron una actualización de la revisión¹⁵, en la que afirmaron que la posición vertical mejoraba dichos tiempos.

En este mismo año, en la revisión de Bueno Montero⁹ se comprobó esta hipótesis y corroboró que podía llegar a disminuir una hora si se añadía deambulación sin tener en cuenta la paridad. Priddis et al.¹¹, en 2012, afirmaron que la verticalidad podía llegar a acortar una hora esta etapa, pero, al contrario que Bueno Montero⁹, la posición vertical sin movilización era más útil que la ambulante. Esto puede deberse a que la calidad metodológica utilizada en esta revisión era menor que los estudios publicados por Lawrence.

La única investigación que contradice esta aseveración fue la llevada a cabo por Berghella et al.³, quienes sostienen que la deambulación al inicio de la primera fase del parto no hace que evolucione más rápidamente.

Uso de oxitocina

En los estudios escogidos suele relacionarse la administración de esta hormona con la realización de una inducción del parto. Tanto Lawrence, en 2009¹⁴ y 2013¹⁵, como Priddis et al.¹¹, intentaron analizar la asociación de la infusión de este fármaco con las posiciones adoptadas, pero no encontraron ninguna asociación estadística. La excepción la marca la investigación de Kopas² en 2014, quien comprobó que en posición de decúbito había menos partos vaginales espontáneos.

Administración de anestesia epidural

La petición de analgesia epidural a lo largo del parto disminuye en aquellas mujeres gestantes que poseen libertad de movimiento, especialmente las que adoptan posiciones erquidas. Lawrence no pudo afirmar ni en 2009 ni en 2013 que existiese una relación significativa entre la posición vertical y la administración de este tipo de anestesia, aunque observó que había menos probabilidades de utilizar la epidural en posiciones verticales. En cambio, Gupta et al., tanto en el estudio realizado en 2008¹⁶ como en 2017¹⁷, al igual que en el estudio de Berghella³ vieron que el menor uso de la anestesia se debía por la experimentación de menos dolor respecto al decúbito. En concreto, con el taburete o el taburete en cuclillas hubo una disminución de la administración de la epidural; en cambio, estos resultados no eran estadísticamente concluyentes si la atención del parto se llevaba a cabo en la silla de partos.

Priddis et al.¹¹ y Bueno Montero⁹ se sumaron a esta afirmación. Esta última añadió que en esta posición disminuía considerablemente la sensación de dolor intenso.

Tipo de RCTG

La evolución de la FCF a lo largo del parto puede variar, pero todas las investigaciones^{2,3,11,16,17} coinciden en que los RCTG se mantienen en niveles fisiológicos mientras la mujer embarazada mantenga una posición vertical, o lateral como matiza Kopas². Este último, concretamente, se basa en la evidencia científica hallada sobre el tema, ya que, en su investigación no pudo llegar a demostrar que había diferencias entre los patrones de la posición de litotomía o supina con las verticales o laterales.

Duración de la segunda parte del parto

La segunda fase del parto abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. En general, el tiempo medio parece disminuir con las posiciones verticales^{3,11,16,17} variando según las investigaciones de 4 a 16,9 minutos menos^{3,9,16,17}. Otras posiciones diferentes a la supina, como la posición lateral, no pudo demostrarse en la investigación de Gupta de 2008¹⁶ por escasa muestra poblacional. Las diferencias entre decúbito y vertical radican principalmente en la paridad, siendo mayor la diferencia en primíparas según Priddis et al.¹¹ y Gupta et al.¹⁷; en los tipos de verticalidad, ya que el cojín de nacimiento sí ayuda a acortar los tiempos de expulsivo^{16,17}, pero no el taburete, el taburete en cuclillas¹⁷, la posición de cuclillas o la silla de partos¹⁶; y en el uso de epidural, viendo más disminución en las mujeres que no la llevaban³.

En cambio, ni los estudios de Kibuka et al. ¹⁸ ni de Kemp et al. ¹⁹ ni el realizado por Lawrence et al. en 2013 ¹⁵ pudieron encontrar relación estadística de la posición con la duración de la segunda fase, a pesar de la calidad metodológica en su elaboración.

Tipo de parto

Existen diversidad de opiniones acerca de la influencia de la posición vertical en la derivación en parto instrumentalizado. Artículos como el de Berghella³, Priddis et al.¹¹, Bueno Montero et al.⁵ y Gupta et al.¹6,17 afirman que observaron menos instrumentalización en partos con la mujer gestante en vertical, salvo con la utilización de la silla de partos¹7, y que una posición supina tiene más riesgo de parto instrumental¹¹. En cambio, hay más estudios y con mejor calidad metodológica que no hallaron ninguna asociación entre este tipo de parto y las posiciones verticales²,¹⁴,¹⁵,¹8,¹⁵ y laterales¹⁶, por lo que no se puede asociar la verticalidad con el parto eutócico.

En relación a la finalización del parto en cesárea, ninguna investigación pudo demostrar su asociación con la posición^{14,16,19}.

Episiotomías

Las posiciones verticales ayudan a disminuir la práctica de la episiotomía^{9,16,17}, teniendo en cuenta que depende de la práctica habitual del profesional y de la instrumentalización¹⁷. Si se desglosan las diferentes opciones dentro de la verticalidad se observa que el uso del taburete, el taburete en cuclillas, la posición de cuelillas o la silla de partos ayudan a reducir esta técnica, pero no la utilización del cojín de nacimiento^{16,17}.

En posiciones como la lateral^{2,16} y la sedestación no se ha podido encontrar asociación estadística con la reducción de la episiotomía, aunque parece haber menos probabilidad si la mujer embarazada está sentada¹¹.

Desgarros perineales

La posición vertical aumenta la probabilidad de traumatismos en el periné, siendo más frecuente de segundo grado^{2,9,11,16,17}. Los desgarros de tercer o cuarto grado no guardan relación con este tipo de colocación^{11,16,17}. Si se desglosa se ve que el cojín de nacimiento reporta menos desgarros de segundo grado^{16,17} en contraposición con la posición de cuclillas^{2,11} y la silla de partos^{16,17} que los aumenta.

En cuanto a la lateralidad durante el expulsivo, hay dos revisiones que la comparan con la supinación, afirmando que suele haber más tasas de periné intacto^{2,11}.

La posición de rodillas o rodillas y manos también disminuye el traumatismo perineal respecto al decúbito^{2,11}.

Por otra parte, las posiciones de sedestación y supina aumentan la probabilidad de desgarros perineales, aunque en el caso de la sedestación no ha podido ser demostrado estadísticamente¹¹. Dentro de las de decúbito, la posición semi-fowler parece desarrollar traumatismos más graves, seguida en segundo lugar por la posición de litotomía¹¹.

Solo en dos revisiones, la de Kemp et al.¹⁹ y Kibuka et al.¹⁸, no pudieron asociar las distintas posiciones del expulsivo al desarrollo de traumatismos perineales.

Bienestar del recién nacido

Todos las revisiones coinciden en que la adopción de posiciones diferentes a la supina durante el parto no causa alteraciones en el recién nacido. Al buscar los beneficios que estas posturas podían ofrecerle, no encontraron significación estadística con el número de ingresos, traumatismos y muerte perinatal^{9,11,14,19}.

Conclusiones

Existen diversidad de posiciones que la mujer embarazada puede adoptar a lo largo del parto, siendo la posición vertical la que más favorece la evolución fisiológica del mismo. Su mantenimiento ayuda a acortar la fase de dilatación y de expulsivo, sobre todo en mujeres primíparas. Además, se han observado RCTG no patológicos, menos tasas de episiotomías, menos partos instrumentados y menos sensación de dolor por parte de la mujer. Se debe tener en cuenta que también suele relacionarse con más desgarros de segundo grado y no hay evidencia para asociar esta posición a más inducciones y peores resultados perinatales.

Es por ello, que las matronas, como profesionales especializados en la atención al parto (normal), han de aportar a la mujer gestante ya desde el embarazo, en las clases de preparación a la maternidad, toda la información disponible, animándola a que, llegado el parto, se movilice durante todo el proceso y escoja las posiciones que le resulten más cómodas. Con esta disponibilidad las matronas además contribuyen a favorecer el vínculo materno y ayudan a las mujeres embarazadas al control de su cuerpo¹¹.

Bibliografía

- Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(1):134-45.
- Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. J Midwifery Womens Health. 2014; 59(3):264-76.
- Berghella V, Baxter J, Chauhan S. Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008; 199(5):445-54.
- Marine Laville. Accoucher au XVIIe siècle: les Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés du chirurgien-accoucheur François Mauriceau. Histoire. 2014. ffdumas-01102357f

- Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses, et de celle qui sont accouchees... [internet] Tomo I. 3º ed. Paris: Biblioteca Nacional de Francia (BNF); 1681. [citado 11 nov 2020] Disponible en: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57713z?rk=128756;0
- INSALUD. Plan Integral de Atención a la mujer. Anexo II. Protocolo Analgesia Epidural en el parto [internet] 1998. [citado 11 nov 2020]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/biblioteca-Publicaciones/publicaciones/internet/docs/mujer.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de Atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [internet]. 2012 Dic [citado 11 nov 2020]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEA PN revision8marzo2015.pdf
- Calvo-Aguilar O, Flores-Romero A, Morales García V. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postural vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81:1–10.
- 9. Bueno Montero E. la verticalidad durante el trabajo de parto: una revisión de evidencias. Rev Paraninfo Digital. 2013; 19.
- 10. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. MCN Am J Matern Child Nurs. 2010; 35(2):72–8; quiz 9–80.
- 11. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women Birth. 2012; 25(3):100-6.

- Urrutia G, Binfill X. Declaración PRISMA una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis/ Med Clin (Barc) [internet] 2010 [citado 11 nov 2020]; 135(11):507– 11. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
- 13. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). Enfermedad intestinal al día. 2003; 2(2):39-42.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009 (2):Cd003934.
- Lawrence A, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 9(10):CD003934.
- 16. Gupta J, Hofmeyr G. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4.
- 17. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; 2017(5).
- 18. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 2:Cd008070.
- 19. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane database of systematic reviews 2013; 1.

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



- 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



ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Lanzamiento de la revista Súrgere (Matronas)

Rosa Mª Plata Quintanilla. Matrona. Presidenta Asociación Española de Matronas

Contacto: rplataq@gmail.com

En esta sección pretendemos poner en conocimiento de lectoras/es sucesos que conforman la historiografía de las matronas, escasamente documentada y conocida, y de la que la Asociación Española de Matronas ha escrito una buena parte de las últimas cuatro décadas.

Las matronas habían iniciado el camino de la unidad en el lejano 1930 con la esperada y deseada colegiación oficial obligatoria1. Esta circunstancia puso fin a años de distanciamiento entre las propias matronas, de subordinación a los practicantes que ya tenían por entonces un fuerte movimiento asociativo y a intentos de formar colegios libres de matronas, independientes o al amparo de colegios de practicantes. Poco a poco, sorteando infinidad de escollos y trabas en el camino, se iba perfilando la ruta de las matronas como grupo organizado a través de sus respectivos colegios provinciales vertebrados por el órgano superior, el Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas, que duraría hasta 1954. A partir de esta fecha la entidad pasó a denominarse Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas, hasta su disolución tras la Unificación Colegial de las tres secciones (practicantes, matronas y enfermeras), final e irremisiblemente en 1985, en cumplimiento de la Orden Ministerial de 1 de abril de 1977¹ sin que la sentencia ganada por las matronas de retrotraerse a la circunstancia previa a la citada Orden Ministerial llegara a ejecutarse (ver artículo Matronas Hoy Sep. 2019 Nº 2 Volumen 7. Constitución del Consejo Nacional de Matronas).

Hoy traemos a estas páginas las circunstancias en las que el órgano colegial de las matronas españolas dejó su huella en la prensa profesional, que contaba desde el siglo XIX con publicaciones, bien en asociación gremial como "El Eco de la matrona, dentista, callista y practicante de cirugía" (1893-1900), por citar la más antigua de la que se tiene referencia, o solas, como el "Boletín Oficial del Colegio de Matronas de Madrid" (1931-32).

Los años que duró la Sección Matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (1954-1977) fueron muy prolijos en novedades legislativas, reivindicaciones, formación, contactos con las matronas internacionales, etc. En los primeros años de andadura, la Junta Directiva de la entidad se había servido de la revista *Matronas* (1953-1976), editada por la Escuela de Matronas de Santa Cristina, para difundir noticias de interés para el colectivo, pero sin duda estimaron que no siendo propia era imperioso tener una revista privativa de la entidad en la que se aunara expresión científica, moral de la época, novedades legislativas, etc., combinando estas funciones de formar e informar, con las de aglutinar y cohesionar a la profesión. Esta publicación sería en adelante el órgano de comunicación oficial que trasladara a las colegiadas de España, las informaciones pertinentes y la vida corporativa.

El camino hasta su publicación duró casi cinco años, en los que se fueron intercalando comentarios en las actas del Consejo sobre el objetivo propuesto:

"La Secretaria da cuenta de la necesidad de que el Consejo editara una revista, en la cual además de las noticias propias de estos casos* colaboraran redactando artículos, notas, etc. de interés para la clase y con ello tener nuestra propia revista. Se acordó que se hicieran gestiones encaminadas a tal fin, con personas competentes que nos asesoraran debidamente"³.

*Se referían concretamente a la colaboración del Consejo enviando al Colegio de Matronas de Valencia 1.000 pesetas para incrementar la suscripción abierta por dicho colegio a favor de los damnificados por las inundaciones.

"Por la Secretaría, se da cuenta, según lo acordado en la pasada Junta del día 31 de octubre, de haber hecho algunas gestiones encaminadas a editar una revista profesional por este Consejo manifestando que se ha puesto al habla la Presidenta con un abogado, que a la vez es periodista, y que nos ha orientado en esta cuestión. Como se le han llevado varios datos, antecedentes e información referente a este asunto ha quedado en hacer un detenido estudio con objeto de ampliar informes y concretar sobre la posible y futura edición de nuestra revista"⁴.

de una Revista de Matronas o Boletín Informativo"⁵.

"La Presidenta da cuenta que las gestiones que hay que realizar con motivo de la confección del Boletín Informativo se ha encargado al abogado asesor para que las haga cerca del Ministerio de Información y Turismo, con el fin de que se nos autorice su publicación por el organismo competente, al que se le ha encargado también de los anuncios y propaganda para dicha revista. Se da cuenta de haberse recibido un presupuesto para la confección de dicho boletín o revista y se espera recibir otros para acordar a cuál se le dará la preferencia. Por la Presidenta se da cuenta de haberse recibido un presupuesto para la confección de dicho boletín o revista y se esperan recibir otros para acordar a cuál se le dará preferencia."

Hay que pensar que la puesta en circulación de la revista era compleja por la inversión requerida a expensas de unos exiguos fondos colegiales, dado que por entonces había muchos colegios provinciales con dificultades económicas que no podían apenas mantenerse, cuanto menos aportar al Consejo y el ambicioso proyecto que se hizo realidad, era distribuirla gratuitamente a todas las colegiadas. Para hacernos idea del montante que podía suponer la producción y distribución mediante correo postal, mencionar que en 1956 solo el colegio de Madrid contaba con 650 colegiadas, Barcelona con casi 1.0007; en 1977 el censo total de matronas en España ascendía a 4.3108. Esta cifra era real, ya que hasta ese momento la colegiación era obligatoria en la Sección Matronas, lo que permitía un recuento exacto, hecho que en la situación actual tras la unificación lo impide, ya que el número de matronas (enfermeras especialistas) puede estar infraestimado al no ser legalmente obligatorio estar colegiado en una determinada titulación de enfermeros para poder ejercerla9.

La vía para solventar el problema económico estaba en conseguir colaboradores de la farma-industria que pagaran por la inserción de sus anuncios en la revista. Por otra parte, dar continuidad a una publicación mensual implicaba también el trabajo altruista del consejo de redacción y requería de matronas colaboradores que aportaran sus escritos. Al respecto hay una iniciativa curiosa recogida en los libros del Consejo:

"Se acuerda dar un premio de 500 pts a la persona que más artículos haya escrito durante el año 1960, de enero a diciembre"¹⁰. Y los resultados de la iniciativa se reflejan en el acta de 8 de mayo de 1961¹¹: "la afortunada fue la secretaria del Consejo Dña. Rosa Virseda, a quien se hizo entrega del premio acordado por la Junta".

Hay que tener presente que fue una época en que las libertades en todos los ámbitos estaban subordinadas al poder

establecido, y toda publicación requería superar el extraordinario control político de la información¹², de la que no estaban exentas ni siquiera una revista como esta que no tenía más intención que la expresada y en ningún caso pondría en cuestión o atentaría, con toda seguridad, contra los valores morales, sociales y religiosos conservadores imperantes.

En el Nº 5 de la revista *Súrgere* hay una colaboración de D. Rafael Fernández Carril, practicante, en la que expresa las dificultadas sufridas por las matronas para hacer realidad la revista:

"No se me ocultan los serios obstáculos y graves dificultades de todo orden que se oponían al logro del propósito tan calificado, como también conocía el desmedido entusiasmo y heroico esfuerzo que el Consejo Nacional de Matronas, con su presidenta al frente, pusieron para que su afán, mejor diríamos bella quimera, se viera convertida en venturosa realidad. Triunfaron en su empresa, porque así lo exigía la razón y la justicia, y sobre todo, el sacrificio voluntariamente impuesto. Todos estos principios fueron dirigidos inteligentemente y servidos con voluntad férrea, inquebrantable, como corresponde a todo aquello que va animado fundamentalmente por el deseo de dar vida práctica a un ideal"¹³.

Finalmente 1959 será el año en que se haga realidad la revista tan anhelada y así lo recoge el Acta del 17 de febrero¹⁴:

"La Presidenta da cuenta de que estando la revista puesta en marcha, y aprobados y resueltos todos los trámites que con este motivo se han planteado, es necesario se nombre a una persona encargada de llevar la dirección de la misma. Se acuerda por unanimidad nombrar a D. Francisco García para dicho fin. Para la dirección Administrativa de la revista se nombra a Dña. María García Martín, con la dirección del domicilio del Consejo, en Hileras 4.

El Consejo de Administración queda constituido de la siquiente forma:

Secretaria: Srta. Julieta Samaniego.

Tesorera: Luz Mejías.

María Rosa Virseda.

Agustina Hernández.

María Serrano.

Así mismo la Presidenta propone que el título de la revista sea el de Súrgere aprobándose por unanimidad"

Sin duda la elección del nombre fue una decisión meditada por la Presidenta, por otra parte mujer cultivada, que auguro habría encontrado en el significado del verbo latino "surgĕ-re" la acción esperada para el nuevo proyecto: surgir, aparecer, brotar, aunque por encima de mis conjeturas había

mucho más, como así lo expresa en el editorial del primer número de la revista que se puso en circulación el 1 marzo de 1959¹⁵:

"Y he aquí por qué considero como anillo al dedo el nombre dado a nuestra publicación Súrgere, cuya significación castellana es, entre otras, «levantar», «enderezar», «nacer», «levantarse», «salir a hablar en público». Palabras todas ellas que vienen a significar los deseos de conseguir algo que falta. Sea Súrgere la palabra que levante a quien esté caída en la profesión, que enderece lo que por vicio o nacimiento haya crecido mal y que lleve a decir en público cuantas cosas sean necesarias saber del Consejo Nacional, de los distintos colegios provinciales y también de cada una de las matronas en exposición particular.

¡Súrgere! Casi similar a ¡Arriba! He aquí otro motivo por el que hemos visto de muy buen grado el nombre de Súrgere. Diremos a quienes estén caídas: «Levántate, porque ya no estás sola, yo te ayudo. Habla, porque yo te escucho y aliento.»

Súrgere cumple también los deseos de nuestro Caudillo y Generalísimo Franco de remozar las instituciones en cuanto la vida moderna exige para dar a la nación española garantías indispensables para su prestigio y su grandeza."

Como reflejan los libros de historia y demás documentos de la época franquista, el lema "Arriba España" atribuido al regeneracionista Macías Picavea, y que José Antonio Primo de Rivera recuperara para Falange Española, fue adoptado por el bando nacional durante la guerra civil hasta el punto de que se convirtió en obligatorio durante la contienda, habiendo que utilizarlo como encabezamiento en las comunicaciones escritas; tras la victoria se convirtió en lema oficial del Estado como expresión obligada en la que se encerraba el deseo de recobrar el brillo que tuvo España en tiempos gloriosos con la disposición activa de los españoles, bajo el paraguas del gobierno franquista y la religión católica. Así lo expresaba en 1939 José Mª Pemán, escritor de fuerte tradicionalismo religioso, y aunque de convicciones monárquicas, comprometido con el régimen que finalmente impuso Franco:

"No servimos para cosas bajas, pequeñas o menudas. No servimos más que para las cosas altas y grandes. Por eso cuando decimos 'Arriba España', en esas dos palabras, a un tiempo, resumimos nuestra Historia y ciframos nuestra esperanza. Porque lo que queremos es que España vuelva a 'su sitio': al sitio que la Historia le señala. Y el sitio es ese: 'Arriba'. Es decir, cerca del espíritu, del ideal, de la fe... Cerca, sobre todo, de Dios".

La editorial sin duda destilaba un fuerte alineamiento con las ideas del régimen franquista y el deseo de este de hacer una España grande en el que las matronas en una época en que una natalidad considerada "baja", generó políticas natalistas encaminadas a elevarla, habían de participar activamente:

"Hoy las matronas formamos nuestro Consejo Nacional, y por él con todas nuestras fuerzas debemos llevar a cabo la grandeza que nuestra patria exige en remembranza de su apogeo pasado".¹⁵

En plena reconstrucción del país "se buscaba contribuir a la construcción de lo que ahora se llama `marca España', esto es ayudar a difundir una determinada imagen agradable de la España de Franco: como país pacífico, acogedor, culto, científico, moderno, imagen que contrarrestara la carga negativa que a los ojos del público de las democracias liberales guardaba un gobierno dictatorial"¹⁷; de ahí la importancia de la incorporación de España a diferentes y relevantes organismos internacionales rompiendo el bloqueo diplomático que había sido impuesto a España como destaca el editorial:

"Y si hoy España, representada por nuestro Caudillo, ocupa ya un puesto entre los organismos internacionales, de los que jamás debió estar ausente, y si hoy la voz de España se deja oír por medio de hombres insignes en la FAO, en la UNESCO, en la Organización Mundial de Sanidad* y en tantos y tantos otros más, sabed que también se deja oír por la voz de las Matronas en la Confederación Internacional de Matronas, cuya sede radica en Londres."15

El fin del aislamiento internacional de la España franquista se produjo en la década de 1950: FAO (1951), UNESCO (1953), la ONU tardó hasta 1955¹⁸. D. José Alberto Palanca, director General de Sanidad del periodo más duro del franquismo (1936-1957), dirigió el acceso a la OMS y el establecimiento de protocolos de colaboración con la misma (1952). El mismo que lidió con la excepcionalidad epidémica de postguerra y quien estructuró administrativamente la sanidad pública en España a partir de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 en medio de las estrecheces económicas de la autarquía¹⁷. *Adviértase el error de denominación en la Editorial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las matronas, por su parte, se sentían exultantes por haber logrado su entrada en la recién nombrada Confederación Internacional de Matronas, haber conseguido que fuese designado el español como uno de los tres idiomas oficiales de la Confederación y que la representación de matronas españolas fuese designada como una de los doce miembros del Comité Ejecutivo de la misma¹9. El propio régimen apoyó esta iniciativa de lo que queda constancia en las actas del Consejo cuando mencionan que el asunto de la cuota de afiliación a la ICM (dos peniques por matrona), como se acordara en la reunión de Londres, "fue puesto en conocimiento de Sanidad y aprobado con las indicaciones de que cuando haya de ser enviado se haga oficialmente por conducto del Instituto Nacional de Moneda Extranjera"²⁰.



En su sobria portada inicial, que cambiaría dos veces a lo largo de la edición (1961)²⁶, destaca bien visible el rótulo del organismo promotor: Revista del Órgano Oficial de la Sección Matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, junto con el distintivo de la profesión que recién creado el Consejo proyectaron y también requirió de consultas y autorizaciones, como queda anotado en la segunda acta de esta Junta de gobierno:

"Al propio tiempo se mostrará al Rvdo. Padre Peyró varios modelos de distintivos para las Sras. Matronas, ya que tienen el proyecto de crear este distintivo que resultará ser el elegido entre los diseñados"21.

Como se observa, la portada llevaba estampado el emblema del colegio profesional, cuya consecución se llevó a cabo en los primeros meses de funcionamiento de la nueva Junta de la Sección de Matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. Entre las muchas tareas burocráticas que la Junta tuvo que abordar en sus comienzos fue importante la de determinar la imagen de identidad profesional mediante el emblema elegido "que toda matrona colegiada llevará como distintivo de su profesión y que según consta en acta fue aprobado por la Junta el 12 de octubre de 1954, aunque queda pendiente de someterlo a su vez a la aprobación del Ilmo. Sr. Director General de Sanidad para que se pueda distribuir entre las matronas que lo soliciten y enviarlo a los Colegios Provinciales que así mismo lo deseen"22.

La propuesta del Consejo fue aprobada junto con la manifiesta autorización de uso de dicha insignia como distintivo oficial para las colegiadas en los Colegios de Matronas mediante la Orden del Ministerio de Gobernación firmada por del Director de Sanidad, D. Pedro F. Valladares, hecho que queda reflejado en el acta del Consejo de 12 de noviembre de 1954²³ y fue publicado en el BOE como sigue:

ORDEN de 6 de diciembre de 1954 por la que se autoriza el uso de la insignia para las colegiadas en los Colegios de Matronas.

Ilmo. Sr.: por la Presidenta de la Sección de Matronas del Consejo General de Colegios de Auxiliares Sanitarios se ha propuesto como insignia oficial para las colegiadas la que se detalla a continuación.

Constará de una Cruz de Malta en esmalte blanco como fondo, sobre la que aparece la antorcha griega en metal clorado hacia arriba, que según significado es vida, sobre la que se lee la palabra latina «Vitae» y en la parte inferior una banda en esmalte azul con la inscripción en letra metálica dorada de Colegio Oficial de Matronas"24.



Insignia colegial Matronas. Colección Asociación Española de Matronas

"No se trata en Súrgere de enseñar, que para eso están las cátedras y profesores, y creo además a todas las lectoras con suficiente preparación para no admitir una enseñanza a través de esta publicación. A ninguno faltan los conocimientos necesarios y suficientes propios de la profesión, sino virtudes y valor para llevar a efecto todo lo que aprendieron. Si alguna hay falta de la debida ciencia, que no lo niegue, es ordinariamente por indolencia en la profesión¹⁵", se leía en el editorial del Nº 1. Sin embargo, la revista sí incluyó algunas lecciones magistrales de reputados profesores de la época; una sección jurídica en la que el Consejo daba pautas en cuanto al enjuiciamiento de problemas profesionales complejos; noticias legislativas, una sección titulada "Al habla los colegios", en la que se daban voz a los colegios provinciales para favorecer la comunicación interprofesional; una sección religiosa con claro afán moralizante, páginas de humor entretenimientos, correspondencia, anuncios etc.: "nuestra preocupación ha sido la variedad y la amenidad" 15, expresaban al presentar la revista y viendo los diferentes números, parece que con tal diversidad de secciones quedaron garantizadas sus intenciones.

La Sección de Practicantes del Consejo General de Auxiliares

Sanitarios en su consolidada revista incluyó hasta finalizar la puesta en marcha de Súrgere todas las normativas y legislación relacionada con las matronas. En su número de agosto de 1959 daba la bienvenida a Súrgere con una columna.

No son muchas las anotaciones que han quedado registradas en el libro de actas, pero sí una en la que se habla del cambio de portada y la necesidad de visitar laboratorios "para ver la forma de sacar más beneficios para la revista^{"26}.

(Una revista que nace bien)

El Consejo Nacional de Matronas ha dado a la luz pública la revista «Súrgere», como órgano oficial de dicho Consejo. La necesidad de una publicación oficial para las Matronas era un deseo largo tiempo sentido por estas compañeras de ahora, bajo la activa e inteligente dirección de su presidenta nacional, María García Martín, se ha hecho realidad. María García Martín ha sabido rodearse de un buen plantel de plumas femeninas y formar un consejo de redacción y administración en el que se encuentran los nombres de Julieta Samaniego, Luz Mejía, María Rosa Viresda, Agustina Hernández y María Serrano.

«Súrgere», aunque con formato pequeño, tiene una atractiva y ágil confección, y la orientación dada a sus páginas responde a la necesidad que tenían estas compañeras nuestras de un órgano de información y coordinación entre todas las profesionales. Baste, pues, decir que «Súrgere» era una necesidad para subrayar seguidamente que es un éxito. Un éxito por cubrir una necesidad, pero un éxito también por la inteligente confección y contenido que muestra en sus páginas, en las que junto a los temas oficiales, profesionales y científicos, no faltan tam-

****************** poco ni los pasatiempos ni el humor, junto a las colaboraciones y buenos escritos de nuestras compañeras las matronas.

> Los que sabemos del diario esfuerzo que entraña el nacimiento y la continuidad de una publicación periódica, sabemos valorar en su medida el trabajo que las matronas hacen en «Súrgere», y nos llena de noble satisfacción poder aplaudir sinceramente el hermoso esfuerzo hecho por las matronas, a las que deseamos todo género de éxitos culturales y profesionales.

> Esperamos y deseamos que esta revista de las matronas sea una bandera al viento que aglutine y dé cohesión a las matronas, queridas compañeras nuestras de profesión (con problemas similares a los nuestros), y que sus páginas lleven cada mes la impronta de las necesidades y los logros a todas las matronas de España, cuyas relaciones con los Practicantes, tanto personales como oficiales, han sido siempre, y esperamos sigan siendo, las más cordiales y amistosas entre compañeros.

Saludamos gozosos el nacimiento de «Súrgere» (ha sido un acierto incluso el título) y apuntamos a sus páginas la chalina de nuestra esperanza y el ruidoso aplauso de nuestra más cordial bienvenida.

LEUCOCITO



Anuncios incluidos en las primeras revistas

La edición de la revista fue ininterrumpida desde marzo de 1959, con una periodicidad mensual, hasta no se sabe qué fecha exacta, pues la última referencia que hay en las Actas del Consejo es de junio de 1976 y trataba de unas reivindicaciones del Colegio de Málaga que apuntaban en el escrito "ya estaban conseguidas estatutariamente, añadiendo que se había contestado ampliamente a la Presidenta del mencionado Colegio informándole punto por punto sobre esto habiéndose publicado en la revista la carta del Colegio y la contestación del Consejo para reconocimiento de todas las colegiadas", por lo tanto no había ningún indicio que presagiara el fin de la edición²⁷.

Desde 1957, la colección de publicaciones seriadas de la Biblioteca Nacional está compuesta por prensa que entra a formar parte de la BNE a través del Depósito Legal, ley que obliga a la cesión de dos ejemplares de todo lo que se imprime en España, aunque también la compra, el canje y los donativos representaban importantes vías de ingreso de títulos en la Biblioteca, fundamentalmente de publicaciones extranjeras. Los ejemplares de la Hemeroteca Nacional procedían, básicamente, de la "censura previa", es decir, de

los números que las publicaciones tenían que enviar a la censura gubernativa derivada de las leyes de Prensa de 1938 y de 1966²⁸. Sin embargo, en la Biblioteca Nacional de Madrid solo existen 172 fascículos publicados entre 1959 y 1973, los que no se corresponden con la totalidad de las editadas, ya que aunque solo hubiera llegado la edición hasta la fecha de la última anotación en el libro de actas (junio de 1976), el número de revistas ascendería en tal caso a 207.

Sería lógico pensar que la revista dejara de editarse en torno al final de 1976, inicio de 1977, momentos en los que, fundamentalmente, el problema de la Unificación Colegial removió los cimientos del Consejo (Sección Matronas). La Junta se concentró en gestiones y demandas contra la Orden hasta su disolución como entidad colegial², momento en el que ante su desaparición como órgano colegiado de las matronas, traspasaron el testigo a la recién creada Asociación Nacional de Matronas para que continuara con el trámite de la revocación de la Orden Ministerial y poder conservar el propio colegio profesional.



¿Quién fue el padre Peiró y su relación con las matronas?

Me ha interesado descubrir quién fue el Rvdo. Peiró al que en varias ocasiones se nombra en las actas como consejero en determinadas decisiones de la Junta, incluso al margen de temas religiosos como correspondería, y he descubierto que se trata del jesuita Francisco Javier Peiró i Peiró (no Peyró como escribe la secretaria).

No es mucha la información encontrada sobre el P. Peiró, aunque sorprendente he hallado una cita en que le tachan de "propagandista jesuita que formaba parte de las comisiones de depuración en Sevilla"²⁹, en otra de "entusiasta del disparate" (y yo añadiría misógino) aludiendo a una cita contenida en su libro "Problemas de cada día" (1955) en el que el sacerdote nada menos que afirmaba: "En general, todo trabajo que requiere teoría, reflexión, fineza de juicio, espíritu de iniciativa y de empresa es incompatible con la mujer"³⁰.



Izquierda*: Rvdo. D. Francisco Peiró i Peiró, S.J. Derecha**: Dña. María García Martín. Presidenta del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas) y Directora de la Revista Súrgere.

*Fuente Fondo Antiguo CODEM,Revistas Antiguas. Medicina y Cirugía Auxiliar. Marzo 1960. Año XXI

**Fuente: Revistas Súrgere. BNE

Según la Real Academia de la Historia, Francisco Javier Peiró Peiró (1883–1969) fue jesuita, predicador y escritor, que tras la guerra civil se instaló en Madrid continuando con su labor sacerdotal desde el púlpito y el confesonario y como escritor; ocupó en la Universidad Complutense la cátedra de Deontología Médica (escribió un texto para ella, el primer código deontológico de la medicina española y otra deontología

de funcionarios) y, sobre todo, se dedicó a la Dirección de las capellanías de las cárceles como Capellán Mayor. De extremado conservadurismo y alineado plenamente con los principios del nacionalcatolicismo de postguerra³¹, tuvo su lugar en aquella España.

La Compañía de Jesús a la que pertenecía el P. Peiró fue disuelta e incautados sus bienes, una vez más en 1931, por las autoridades republicanas. Sin embargo, a pesar de la disolución llevada a cabo por las autoridades, la Compañía de Jesús siguió actuando clandestinamente en España. En estas circunstancias, disuelta y actuando de forma ilegal, llegó el golpe de Estado de julio de 1936. A lo largo de la contienda los jesuitas demostraron de diferentes formas la buena sintonía y colaboración de la Compañía de Jesús con la causa de los sublevados.

Al final de la guerra civil, Franco deseaba obtener el apoyo de la Iglesia y de una de sus órdenes religiosas más importantes, tanto en el ámbito nacional como de sus autoridades. La Iglesia fue el principal respaldo internacional que el nuevo Estado tuvo, durante los años posteriores al conflicto mundial y en los años del aislamiento que tras el fin de la contienda vinieron para España, y por ello, la Compañía de Jesús fue readmitida oficialmente en la zona de España gobernada por Franco mediante Decreto del 3 de mayo de 1938³².

Las relaciones iglesia/Estado en la época franquista sabemos que fueron potentes. El nacional-catolicismo, una de las ideologías que identificaron al franquismo, afirmaba una fuerte vinculación entre patria y religión, ya que esta era la esencia de la nación española.

La importancia e influencia del P. Peiró la respalda Delgado Gómez cuando menciona que el jesuita, junto con otros, formó parte de una "Misión Cultural Nacionalista" que recorrió varios países del subcontinente divulgando un Mensaje a la América Española de la zona franquista. Su periplo por Argentina, Chile, Uruguay, Perú y Brasil estuvo jalonado de conferencias dirigidas básicamente a núcleos afectos, entre los que no faltaban los círculos pertenecientes a las oligarquías de las colonias españolas o de las propias naciones que visitaron los miembros de Falange todavía en gestación, amplios sectores de las comunidades religiosas, o representantes diplomáticos de países amigos como Alemania, Italia, Portugal y Japón³³.

Por otra parte, y tras la formación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) por Decreto en 1940³⁴, el P. Peiró es nombrado miembro de la Comisión Hispanoamericana del CSIC, cuyo cometido era el de coordinar las investigaciones de los distintos institutos (centros investigadores) y cuidar del intercambio científico en el mundo hispánico³⁵.

A más ahondar en la consideración y distinciones al jesuita se le concedió la Cruz de Honor de San Raimundo de Peñafort en 1958 por el Ministerio de Justicia, "en atención



a los méritos y circunstancias que concurren en el Reverendo Padre Francisco Peiró Peiró S.J", según cita textualmente la Orden³⁶.

En cuanto al nexo que le unió a las matronas podría inferirse que existiera una relación personal de confianza entre el P. Peiró y la presidenta Dña. María García Martín. De los escasos datos biográficos de la misma, aportados por matronas que la conocieron como Carmen García Urias y Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, que la sucedieron formando parte de la Junta Provisional del Consejo Nacional de Matronas (1977), se sabe que consiguió una plaza por oposición al cuerpo de funcionarios de prisiones y trabajó en la cárcel de Yeserías (Madrid); por su parte el jesuita, como hemos mencionado, era Capellán Mayor de las cárceles.

Otra posibilidad hubiera podido ser que la religiosidad de la presidenta constatada en las escasas notas entorno a su discreta vida personal, podría haberla impulsado al trato con el destacado religioso³⁷. Se podría barajar incluso que la relación viniera dada simplemente por la posición preeminente del sacerdote como representante de la poderosa iglesia católica en el franquismo, que bien podría conjugar con el nexo de confianza y colaboración de Dña. María con el influyente entorno del Hospital Santa Cristina del que fuera alumna. Precisamente por esto la presidenta, junto a ginecólogos reputados de Madrid, prestaba asistencia a destacadas mujeres de la alta sociedad franquista, élites burocráticas y políticas del régimen, aristócratas y grandes fortunas, lo que le granjeó excelentes relaciones con la flor y nata social de la época. Por ejemplo, el Dr. J. García Orcoyen, que fuera profesor de la Escuela Oficial de Matronas de Madrid, fue ginecólogo de la hija de Francisco Franco a quien le atendió todos sus alumbramientos en El Pardo³⁸ y Dña. María formó parte de su equipo.

Es plausible inclusive, que todas las posibilidades manejadas se hayan conjuntado, pero lo que sí es incuestionable es que D. Francisco Peiró tuvo una situación relevante en la sociedad desde su posición de religioso, en una España en la que tras la guerra hubo un resurgir religioso bastante extremado. La iglesia católica legitimó el régimen franquista y en contrapartida el clero recibió potestades que incluían el control de decisivos espacios sociales e incluso políticos. La moral pública y los comportamientos sociales, la educación y en general cualesquiera expresiones culturales quedaban sometidas a la autoridad y las normas eclesiásticas de la jerarquía católica, incluso a su censura previa³⁹.

En el caso del sacerdote, por añadidura, como se mencionó anteriormente, se le otorgó la primera cátedra de deontología médica, adscrita a la cátedra de medicina legal de la Universidad Complutense; su emblemático Manual de Deontología Médica (1944) tuvo gran repercusión y acogida. En él existen indicios de que este autor, imbuido de los principios del nacional catolicismo, asesoró la elaboración de las Normas Deontológicas de la Organización Médica Colegial, las primeras formalizadas y oficializadas en España, que acompañaron como apéndice al Reglamento de la Organización Médica Colegial (1945). En ese apéndice deontológico, el primer código de deontología médica español, se incluían desde prohibiciones morales relativas al aborto o contracepción, a normas conscientes sobre el "maltusianismo" o la limitación consciente de la natalidad y normas relativas a la imagen y "maneras" de los profesionales"40.

Hay evidencias de diferentes intervenciones del Padre Peiró en relación con las matronas a través de las actas estudiadas, como la gestión de la solicitud a la Santa Sede del día de la Patrona para el colectivo, mediación lógica tratándose de un asunto religioso. Pero también hay otras como el apoyo a él solicitado por la Junta de la Sección Matronas frente a la instancias dirigidas al Ministro de Trabajo y Director General de Enseñanza Universitaria para "la estabilidad de las matronas en el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) y formación del correspondiente escalafón "40

Hay colaboraciones del P. Peiró en la revista Súrgere, en la llamada Sección Doctrinal. Asimismo, en periódicos de la época y en revistas corporativas, como las de los practicantes, hay noticias de sus intervenciones en charlas dirigidas a matronas, practicantes y médicos, con marcado cariz moralizante. Por algún periódico de la época se conoce que incluso dirigió algún retiro espiritual en El Pardo, lo que definitivamente da muestra de su cercanía y consideración con la élite social encabezada por el Jefe del Estado.

Bibliografía

- 1. Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 129, de 09 de mayo de 1930. pp. 913 a 915 [citado 16 nov 2020]. Disponible en: https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1930/129/A00913-00915.pdf
- 2. Orden de 1 abril de 1977 sobre la adaptación colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales.
- 3. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 31 de septiembre de 1957. Libro de Actas II, Año 1957. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 4. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 16 de diciembre 1957. Libro de Actas II, Año 1957. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 5. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 26 septiembre 1958. Libro de Actas II, Año 1958. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.

matronas hoy Lanzamiento de la revista Súrgere (Matronas)

- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta 22 noviembre 1958. Libro de Actas II,
 Año 1958. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta 18 noviembre 1956. Libro de Actas II, Año 1956. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta 22 marzo 1977. Libro de Actas III, Año 1977. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- INEbase. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Profesionales sanitarios colegiados [internet] 2018 [citado 16 nov 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/ Tabla.htm?path=/t15/p416/a2018/I0/&tfile=s08007.px&tL=0
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta 26 enero 1961. Libro de Actas II, Año
 1961. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta 8 de mayo 1961. Libro de Actas II, Año 1961. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 12. De Diego González A. La prensa y la dictadura franquista. De la censura al "Parlamento de papel". RIUMA. 2016.
- 13. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Revista Súrgere. Nº 5. Tomo I Fernández Carril R. Modesta opinión. Julio 1959. Colección particular Rosa Mª Plata.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta del 17 de febrero 1959. Libro de Actas II, Año 1959. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Editorial. Revista Súrgere. Nº1 Tomo. Marzo 1959. Fondo Biblioteca Nacional de España.
- Pemán JM. La Historia de España contada con sencillez. Madrid: Homo Legens; 2009.
- Rodríguez-Ocaña E. España y la Organización Mundial de la Salud en tiempos de Palanca: una evaluación provisional. Asclepio 2019; 71(1):254. Doi: https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.06
- Plataforma educativa aragonesa. El fin del aislamiento internacional (1953-1059) [internet] [citado 16 nov 2020]. Disponible en: http://e-ducativa.catedu.es/44700165/aula/archivos/repositorio/3750/3908/html/14_el_fin_del_aislamiento_internacional_19531959.html
- 19. García Martin M, Samaniego Berlanga J. Participación española en el Congreso Internacional de Matronas, de Londres. Al Servicio de España y del niño español; 202. Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, Servicios Centrales de Higiene Infantil; 1954.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta 29 enero 1955. Libro de Actas II, Año
 1954. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.

- 21. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 25 mayo 1954. Libro de Actas II, Año1954. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 22. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 12 de octubre 1954. Libro de Actas II, Año1954. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 23. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 12 de noviembre de 1954. Libro de Actas II, Año 1954. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 24. Orden de 6 de diciembre de 1954 por la que se autoriza el uso de la insignia para las colegiadas en los Colegios de Matronas. Ministerio de la Gobernación. № 345. Boletín Oficial del Estado (BOE), 11 diciembre 1954. [citado 16 nov 2020]. Disponible en: https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/345/A08180-08180.pdf
- 25. Fondo Revistas antiguas CODEM. Medicina y Cirugía Auxiliar. Año XX. Agosto 1959.
- 26. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 12 de enero 1961. Libro de Actas II, Año 1961. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 27. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas). Libros de Actas. Acta 15 de junio 1976. Libro de Actas III, Año1976. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- 28. Biblioteca Nacional de España. Historia de la colección [internet] [citado 16 nov 2020]. Disponible en: http://www.bne.es/es/Colecciones/PublicacionesPeriodicas/Historia/index.html
- 29. Castro Sánchez A. La Historia, lost in translation? Actas del XIII Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2016. pp 3500-8
- 30. Barrios Herrera O. Realidad y representación de la violencia. Universidad de Salamanca enero 2002.
- Enríquez Dueñas O. La relación médico-paciente en dos medios humanistas españoles del siglo XX: Gregorio Marañón y Pedro Laín. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017.
- García Ocón J. La restauración de la Compañía de Jesús bajo el régimen de Franco en 1938. Miscelánea comillas [internet] 2019 [citado 16 nov 2020]; 77(151):265-87. Disponible en: https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/12200/11334
- 33. Delgado Gómez-Escalonilla L. Imperio de papel: acción cultural y política exterior durante el primer franquismo. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1992.
- 34. Decreto de 10 de febrero de 1940 regulando el funcionamiento del Consejo Superior de Investigaciones Científicas [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), de 17 febrero de 1940. Disponible en: http://www.filosofia.org/mfa/fae940a.htm

MATRONAS HOY • Vol. 8 - n° 3 diciembre 2020-marzo 2021

- 35. Puig-Samper MA. Tiempos de investigación: JAE-CSIC, cien años de ciencia en España. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2007.
- 36. Orden de 23 de enero de 1958 por la que se concede la Cruz de Honor de San Raimundo de Peñafort al Reverendo Padre Francisco Peiró Peiró [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 326, de febrero de 1958 [citado 16 nov 2020]. Disponible en: https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1958/032/B01240-01240.pdf
- 37. Jadraque de Henares A. Ellas. María García Martin. Boletín Cultural e Informativo. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios Practicantes. Año XXVI. Febrero 1965 (pp. 20–21). Fondo Codem
- 38. Tanco Lerga J. García Orcoyen J. Blog. Tu opinión nos importa [internet]. 2017 [citado 16 nov 2020]. Disponible en: https://pensamientonavarro.es/jesus-garcia-orcoyen/

- 39. Ibáñez Salas JL. El nacionalcatolicismo: la Iglesia y el primer Franquismo. 8 junio, 2018 Anatomía de la Historia [internet] [citado 16 nov 2020]. Disponible en: http://anatomiadelahistoria.com/2018/06/el-nacionalcatolicismo-la-iglesia-y-el-primer-franquismo
- 40. Jiménez Schlegl D. Ética con códigos. Un análisis filosóficojurídico de la normativa deontológica en Medicina y sus relaciones con el Derecho y el Estado. Tesis. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005. [citado 16 nov 2020]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34987/3/DJS_TE-SIS.pdf
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas).
 Libros de Actas. Acta (5 de junio de 1956). Libro de Actas II,
 Año 1956. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.

AGENDA

Aunque para muchos la vida parece haberse paralizado la Asociación Española de Matronas no ha parado de trabajar en una larga lista de acciones que resumimos aquí y de las que cumplidamente hemos ido dando cuenta en nuestra Newsletter mensual, INFO Matronas.

Nuevo aplazamiento del XX Congreso Nacional de Matronas de la AEM



Por tercera vez consecutiva, el avance de la pandemia obliga a la Asociación Española de Matronas (AEM) a un nuevo aplazamiento del proyectado congreso. Se han barajado muchas posibilidades, y como expresamos en el número anterior, incluso la ya tan habitual en estos tiempos de restricciones de encuentros sociales,

la vía telemática, que desechamos por innumerables circunstancias expresadas.

Por tanto, se han determinado nuevas fechas y en breve se dispondrá de más información sobre la ampliación de recepción de trabajos para quienes deseen participar en el mismo.

Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona

Se ha procedido al nombramiento del nuevo Presidente de la Comisión que ha recaído en el anterior Vicepresidente, Ramón Escuriet Peiró, y la Vicepresidencia en Rosa Mª Plata Quintanilla (Presidenta de la Asociación Española de Matronas).

Además de los trabajos habituales de esta comisión, recientemente han dirigido un escrito al Ministerio de Sanidad ante la política restrictiva de oferta de plazas de formación EIR (matrona), petición que ha corroborado la Comisión Nacional de Matronas en la reunión de la Comisión Delegada de Enfermería con la Dirección General:

• Necesidad de analizar la situación para poder

adecuar la oferta de plazas de formación teniendo en cuenta las reposiciones necesarias para cubrir las jubilaciones esperadas en los próximos

- Ofertar todas las plazas acreditadas.
- Incremento progresivo para cubrir todos los puestos de trabajo atribuibles a las matronas. De acuerdo a la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, donde se establecen todas las prestaciones públicas, existen prestaciones cuya aplicación implica competencias profesionales de las matronas y que no están siendo ejercidas por profesionales con la cualificación necesaria.

Solicitud de un incremento de plazas formativas para matronas

SIMAES y la Asociación Española de Matronas, conjuntamente, han elaborado un informe extenso y minucioso sobre la escasez de oferta formativa y la urgente necesidad de cobertura actual de puestos de matronas para anular la insuficiencia histórica de coberturas justas, que además se verá agravada en un plazo corto por las previsibles jubilaciones y otros factores que se incorporan a la mayor necesidad de estas/os profesionales.

El resumen de lo remitido al Director de Ordenación Profesional fue:

1. Que la oferta de plazas de residente EIR de las Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) para la próxima convocatoria se efectúe

por la totalidad de las plazas EIR de matronas actualmente acreditadas.

- Que se realice un estudio de necesidades formativas con el fin de asegurar que las plazas ofertadas en las próximas convocatorias aseguren la progresiva reposición de las jubilaciones previstas en los próximos 10 años.
- 3. Establecer un plan para el incremento paulatino de la oferta de plazas EIR, en consonancia con el aumento del número de centros asistenciales donde se requieren las competencias de la matrona, para dar respuesta ajustada a la demanda social y a las necesidades específicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Consejo Trienal de la ICN y aplazamiento del XXXII Congreso ICM



Midwives of the World: delivering the future

La Asociación Española de Matronas ha asistido a la Reunión Trienal del Consejo de la ICM (Confederación Internacional de Matronas), que este año, por razones obvias, cambió del modo presencial a videoconferencia, impidiendo, por tanto, celebrarla de forma previa al XXXII Congreso Mundial de la ICM cuya sede era Bali, siendo anfitriona la Asociación Indonesia de Matronas.

El 26 de junio de 2020 se celebró la reunión virtual del Consejo dividido en cinco partes principales:

- Presentación de los resultados de las votaciones a cargos de la Junta.
- Saludo de los miembros de la Junta salientes y entrantes.

- Debate sobre la combinación de las profesiones de partería y Enfermería.
- Despedida por fin de mandato de la Embajadora mundial de la ICM 2014-2020, S.E. Toyin Saraki.
- Declaración de Clausura de la Presidenta de la ICM,
 Franka Cadée.

En octubre, la Junta de la ICM tomó la decisión de transferir el 32º Congreso Trienal de 2021 a un formato virtual en lugar de continuar con los planes para un Congreso presencial en Bali. Dada la trayectoria incierta de la pandemia de COVID-19, el Board ha creído que este es el curso de acción más seguro.

Comité de Seguimiento y Evaluación. Estrategia en Salud Reproductiva del SNS

La Asociación Española de Matronas (AEM), como miembro del citado comité, ha participado el pasado 3 de diciembre en una reunión por videoconferencia, dada la situación actual de la pandemia, cuyo orden del día se ajustó a los seis puntos preestablecidos en la convocatoria cursada por el Ministerio de Sanidad a los representantes:

1. Buenas prácticas del SNS. Estrategia de Salud Reproductiva. Convocatoria 2019.

- 2. Resultados.
- 3. COVID-19. Herramientas de apoyo y difusión de nuevo conocimiento.
- 4. Actualización del conocimiento. "Inmersión en agua. Dilatación y expulsivo" OSTEBA.
- 5. Indicadores de la estrategia. Recuperar grupo de trabajo y revisión indicadores.
- 6. Plan de trabajo 2021-2022.

Bolsa única de Matronas (Madrid)

La Asociación Española de Matronas Ileva meses colaborando con matronas de Madrid, constituidas en una comisión para lograr que se formalice una lista única de matronas, eliminando la anterior bolsa preferente, discriminatoria e injustificadamente inoperante para la gestión de las sustituciones de matronas. Desde la AEM se ha pedido al Consejo de Sanidad de la Comunidad de Madrid, con carácter de urgencia, un pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad entre la administración sanitaria de Madrid SERMAS y las organizaciones sindicales para la creación de bolsa única y específica para matronas (enfermeras/os especialistas en asistencia obstétrica-ginecológica) para personal estatutario temporal del Servicio Madrileño de Salud como hicieron en su día con los enfermeros generalistas y recientemente con los especialistas de Enfermería del Trabajo). Se han cursado sendas cartas a la Directora General de Recursos Humanos de la Comunidad de Madrid, y a todos y cada uno de los sindicatos de la Sanidad de la Comunidad de Madrid, denunciando su actuación negligente y discriminatoria en este sentido.

Prohibición de acompañante en el parto

El pasado mes de noviembre, a requerimiento de la Asociación Aragonesa de Matronas, desde la AEM se ha interpelado a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón en relación con la decisión de la prohibición de acompañamiento en el parto en el Hospital Clínico de Zaragoza.

Con anterioridad había sido solicitada la ayuda de matronas a la AEM para mediar en un conflicto similar en Valencia, Ceuta, Asturias, Guadalajara y León. En todos los casos, desde la AEM se dirigieron cartas institucionales expresando la más absoluta oposición a las instrucciones de prohibir, desde la declaración del estado de alarma, la presencia de un acompañante de las mujeres gestantes durante el proceso de parto. Se explicaba a los responsables de tales órdenes, que si bien la dramática situación creada por la pandemia de COVID-19 justificaba la necesidad de tomar las medidas oportunas que impidieran su propagación, las generalidades y las especificaciones son dos cuestiones que hay que considerar y tener muy en cuenta a la hora de emitir órdenes porque, en este caso, el fin no justificaba los medios cuando estos son claramente ominosos al ocasionar daños colaterales irreversibles, como son las depresiones postraumáticaspuerperales para la madre, alteraciones en el delicado sistema hormonal durante el parto provocado por el

estrés y el miedo (más complicaciones en el parto) y posibles trastornos futuros en el desarrollo del recién nacido.



Cáncer de ovario





La Fundación MÁS QUE IDEAS, ong que trabaja en el ámbito de la salud, y de la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario y Ginecológico (ASACO), dedicada al apoyo de mujeres afectadas por estos tipos de cáncer, así como a dar visibilidad de dichas enfermedades, han solicitado a la Asociación Española de Matronas su colaboración para impulsar conjuntamente ambas organizaciones: "Cáncer de ovario: vídeo informativo", un recurso visual informativo para mujeres con cáncer de ovario. Este vídeo tiene un doble propósito: aumentar el conocimiento de esta enfermedad y sus tratamientos, y ofrecer recomendaciones para afrontar el proceso de la enfermedad. Como es lógico e indudable, por la vocación de servicio social de la AEM en

la atención a la mujer, ha participado en la revisión del guion propuesto.

Más recientemente, la misma fundación, junto con ASACO, nos ha hecho partícipes de un nuevo proyecto que lleva como título "El reto social del cáncer de ovario", cuyo propósito es generar ideas de posibles acciones e iniciativas ciudadanas encaminadas a promover el conocimiento y la sensibilización social en torno al cáncer de ovario. La AEM participará en esta ocasión integrando el panel, el cual lo formarán personas con experiencia y conocimiento en diferentes áreas relacionadas, para reflexionar sobre el tipo de acciones ciudadanas que pudieran tener mayor alcance para avanzar en los principales desafíos en torno a esta enfermedad.

Vacunas y embarazo

La Asociación Española de Matronas ha avalado y presentado, junto con otras entidades, una Webinar bajo el título "Vacunación de Mujeres Embarazadas. Inmunización Materna" desarrollada por ANENVAC (Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas) de importancia para las matronas dado su papel principal en la atención prenatal para el aseguramiento del nacimiento de niños y niñas sanas con un riesgo mínimo para las madres.

Los ponentes han explicado cómo hacer la evaluación de la situación inmunitaria y antecedentes de vacunación de la mujer que desea quedarse embarazada, incidiendo en la de las mujeres susceptibles en edad fértil, para asegurar su inmunidad frente al sarampión, la rubéola, la parotiditis y la varicela, debido a su contraindicación durante el embarazo y a la vista de que la infección en mujeres embarazadas no inmunes puede afectar negativamente el resultado del embarazo.

ANENVAC ha elaborado unos materiales para formar a las matronas en las vacunaciones de las mujeres embarazadas y para que utilicen estos materiales en la educación maternal. Las/os interesados pueden solicitarlos a la Asociación Española de Matronas que, en breve, dispondrá de ellos.

V Congreso Internacional de Ecografía para matronas

Este mes de diciembre la Asociación Española de Matronas (AEM) ha sido invitada a participar en el V Congreso Internacional de SOCHMU (Sociedad Chilena de Matrones Ultrasonografistas), una sociedad joven y valiente que empezó su andadura de forma informal en 2013 para constituirse definitivamente en 2015 en sociedad y dar entrada a matronas/es con capacitación en ecografía de todo Chile.

La sociedad supo de la lucha política de la AEM, precisamente por un artículo publicado en esta revista,

por la implementación de la ecografía entre las matronas como un medio diagnóstico más y el esfuerzo realizado en la formación de matronas en esta disciplina desde la AEM para lograr este objetivo. SOCHMU nos ofreció la posibilidad de participar que aceptamos desde la AEM y no solo contamos nuestra experiencia, sino que hemos estrechado lazos y la promesa de aunar esfuerzos para que en todos los países del mundo se levante el veto impuesto a las matronas para la formación y práctica de la ecografía gineco-obstétrica.

Recusación a la Consejería de Madrid

La Asociación Española de Matronas (AEM) ha remitido a la Directora General de Recursos Humanos de la Comunidad de Madrid una queja en relación con el Documento Técnico emitido por la Gerencia de Atención Primaria de la citada Consejería, en relación con los profesionales asignados, en concreto enfermeras y en algunos casos médicos de familia, a las actividades encuadradas en los aparatados 5.4. Atención a la mujer. 5.4.1. Atención al embarazo y puerperio.

La demanda ha sido un toque de atención a fin de preservar las competencias de las matronas que, no solo con la complacencia, sino incluso por orden de determinados gestores, se ven traspasadas a otros profesionales. La demanda, a pesar de los subterfugios empleados en la redacción de la contestación por eludir la verdad, digamos que ha sido tenida en cuenta y ha obligado a la Consejeria a hacer modificaciones como se desprende del texto de la carta remitida por la directora, Dña. Raquel Sampedro Blázquez:

"Consideramos así mismo que la intervención de estos

otros profesionales médicos de familia y enfermeras viene siendo habitual y que, dentro del ámbito de sus competencia, cada uno viene actuando en la práctica bajo amparo normativo, sin que esta situación haya provocado ninguna incidencia entre profesionales de estas categorias en los centros de salud. Por lo tanto, entendemos que no hay por qué dejar de mencionarlos en el documento entendiendo que no incurren en instrusismo.

De esta manera, y con el fin de evitar malentendidos sobre este aspecto, se va a actualizar el documento de Recomendaciones añadiendo un asterisco (*) de llamada a pie de página que contenga remisión al artículo 9,3 de la Ley 44/2003 indicando cada actuación concreta se hará en función a los criterios de conocimientos y competencias y en su caso, al de titulación, de los profesionales que puedan participar en la atención integral de la salud de la embarazada y puerperio conforme al artículo 9,3 Ley 44/2003".

Homenaje a los sanitarios por su labor contra la COVID

El pasado noviembre la Asociación Española de Matronas (AEM) fue invitada al acto organizado por *Diario Médico* y *Correo Farmacéutico* en homenaje a los sanitarios españoles por su generosa actuación frente a la COVID durante la pandemia. El acto se desarrolló en el Museo Reina Sofía bajo estrictas medidas de seguridad. El evento, celebrado con el patrocinio de Bidafarma, Gilead, Pfizer y Quironsalud, supone el colofón final a un año en el que ambas publicaciones, junto a su labor informativa, han querido visibilizar el trabajo de los sanitarios con campañas como "Sois el orgullo de nuestro país", "Su dibujo, un aplauso" o "Lo aprendido".

La apertura del acto corrió a cargo de Miguel González Corral, director de *Diario Médico* y *Correo Farmacéutico*, quien destacó que a lo largo del último año "la salud se ha convertido en todo; la salud lo es todo" y tuvo palabras de agradecimiento para los profesionales que se enfrentan día a día al foco mediático tratando de responder a todas las dudas, a los que trabajan en la sombra en los centros de salud y hospitales, a los investigadores y, por supuesto, a los fallecidos. Como colofón de su intervención enumeró tres lecciones que deja la pandemia: la integración de la sanidad públicoprivada, la coordinación entre administraciones y la necesidad de reforzar la sanidad, destacando su papel de muro de contención frente a un virus que no solo tiene consecuencias asistenciales, sino también económicas.

Entre los asistentes se encontraban algunas de las personalidades más relevantes de la sanidad pública y privada de España, como Ana Pastor, vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados y exministra de Sanidad; el secretario del Consejo General de Enfermería y representantes de organizaciones médicas, de Enfermería, y farmacia, entre las que se encontraba la AEM.

El acto fue tan emotivo como estimulante para todos los asistentes y contó con un monólogo del mago More, que, en clave de humor, invitó a los sanitarios a reflexionar sobre cómo tratar de encontrar algo positivo en situaciones difíciles en lugar de quedarse en el mero lamento y con el cantante Antonio Orozco, que puso el broche final con "Mi héroe".

Desde estas líneas agradecemos a *Diario Médico* y *Correo Farmacéutico*, publicaciones de referencia en el sector sanitario, además de la labor informativa que prestan habitualmente, especialmente el esfuerzo realizado durante la pandemia por facilitar al sector sanitario las últimas novedades sobre el coronavirus.

En su intento por ser el altavoz de los profesionales y poner en valor nuestro ingente esfuerzo han dado voz también a las matronas y desde la AEM queremos hacerles llegar nuestra gratitud por ello.



Apertura del acto con la intervención de Miquel González Corral, director de Diario Médico y Correo Farmacéutico. Fuente: Diario Médico

Nuevo aplazamiento: 21, 22 y 23 octubre de 2021





JUEVES 21 de octubre de 2021

TALLERES (precongreso)

HORARIO MAÑANA 10:00 - 14:00 h	Τίτυιο	PONENTE
Taller 1	Suelo pélvico, más allá de la teoría	Lola Serrano Raya (matrona)
Taller 2	Suturas y anudados	Remedios Climent y Marta Benedí (matronas)
Taller 3	Asesoramiento en lactancia materna (LM): abordaje desde la práctica	Cintia Borja Herrero. IBCBL (enfermera pediátrica)
Taller 4	Emergencias obstétricas:Distocia de hombrosHemorragiasEclampsiaRCP	Grupo español para la prevención de PBO

Programa provisional del XX Congreso Nacional de Matronas

Alicante, 21, 22 y 23 de octubre de 2021



JUEVES 21 de octubre de 2021				
HORARIO TARDE	ACTIVIDADES			
16:00 h Inauguración oficial 16:30 h	Acto inaugural, bienvenida y presentación del XX Congreso Nacional de Matronas CONFERENCIA INAUGURAL: "Prehistoria, género y matemáticas" D. Francisco A. González Redondo. Doctor en Filosofía y Matemáticas. Profesor en UCM	21.22 y 3 de contre 2011 Major : he salad as la sessita CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS INNERS ARRIVANISTO OTUBE 202111		
HORARIO	ACTIVIDADES	PONENTES		
17:10 h	Consulta preconcepcional de la matrona	Teresa Molla (matrona)		
17:40 h	"Lactoferrina: solución eficaz para la anemia ferropénica durante el embarazo. Últimos avances y estudios científicos"	Pilar Mier (ingeniera química)		
18:10 h	PAUSA CAFÉ			
18:30 h	Vacunas y embarazo	Noelia Rodríguez (matrona)		
19:00 h	Microbiota y embarazo	Dra. Marta Selma		
19:30 h	Prasterona: nueva alternativa terapéutica para el síndrome genitourinario de la menopausia	Dr. Sánchez Borrego		
20:00 h	Suelo pélvico: el gran olvidado. Lo recuperaremos. Tecnología HIFEM	Lys Garía Villaplana (matrona) José Ignacio Mazzanti		
20:30 h	COCKTAIL DE BIENVENIDA			

VIERNES 22 de octubre de 2021				
HORARIO MAÑANA	ACTIVIDADES	PONENTES		
9:00-11:00 h	COMUNICACIONES ORALES			
11:00 h	PAUSA CAFÉ			
	MESA ÉTICO-LEGAL			
11:30-12:45 h	Legislación para matronas. Toma de decisiones Consentimiento informado: quién, cómo y cuándo	José Pascual Fernández Gimeno (abogado) Isabel Castelló López (matrona)		
12:45-13:45 h	MESA DEBATE: VIENTRES DE ALQUILER vs. MATERNIDAD SUBROGADA			
12:45 h	Visión de las dos diferentes posturas y tiempo de preguntas y debate.	Nuria González López (abogada independiente. Especialista en Derechos Humanos) Dra. Modesta Salazar Agulló (matrona)		
		· ·		
HORARIO TARDE	ACTIVIDADES	PONENTES		
HORARIO TARDE 16:00 h	ACTIVIDADES MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE			
16:00 h	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la	PONENTES Noelia Benito Vicente (matrona). Ana Carmen Esono Ruiz-Botau		
16:00 h 16:00 h	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad	PONENTES Noelia Benito Vicente (matrona). Ana Carmen Esono Ruiz-Botau		
16:00 h 16:00 h 17:00 h	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad PAUSA CAFÉ	PONENTES Noelia Benito Vicente (matrona). Ana Carmen Esono Ruiz-Botau		
16:00 h 16:00 h 17:00 h 17:30 h 17:30 h 18:30 h	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad PAUSA CAFÉ MESA ATENCIÓN INTEGRAL Buenas prácticas en duelo perinatal La salud mental perinatal Tecnología. TIC para matronas	PONENTES Noelia Benito Vicente (matrona). Ana Carmen Esono Ruiz-Botau (matrona) D. Paul Cassidy Dra. Lluisa García		

Agenda | XX Congreso Nacional de Matronas

SÁBADO 23 de octubre de 2021				
HORARIO	τίτυιο	PONENTES		
9:00-11:00 h	MESA MISCELÁNEA			
9:00 h 9:30 h	Anquiloglosia y lactancia materna: evaluación por la matrona Estado actual de implantación de la	Lucía Moya Ruiz (matrona) Marcos Camacho Ávila (matrón) Soledad Carregui Vilar (matrona)		
3.30 11	Estrategia de atención al parto normal (EAPN	Ramón Escuriet (matrón) Facultad de Ciencias de la Salud		
10:00 h	"Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC" Debate	Blanquerna-URL. BRNA		
11:00 h	PAUSA CAFÉ			
11:30 h	MESA RESIDENTES			
11:30 h	Intercambio intergeneracional: Inquietudes residentes y del colectivo en general	Lorena Sánchez Álvarez (EIR). Matronas: María José Alemany Carmen Molinero Fraguas		
12:30 h	RESULTADOS DE LA ENCUESTA "TOMANDO EL PULSO A LAS MATRONAS"			
12:30 h	"Hemos tomado el pulso de las matronas"	Mª Ángeles R. Rozalén		
13:00 h	CONFERENCIA CLAUSURA: Las desconocidas aportaciones a la matronería de Florence Nightigale vigentes más de un siglo después.	Rosa Mª Plata Quintanilla Presidenta AEM		
13:50 h	LECTURA DE CONCLUSIONES ENTREGA DE PREMIOS:	Secretaria Ejecutiva		
	Mejor comunicación Mejor póster ENTREGA DE PREMIOS "Maribel Bayón 2019" PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de Matronas	Presidenta del Congreso Presidenta AEM		
14:30 h	FIN DE CONGRESO			



reconozca el mérito y la valentía del personal sanitario..... ¡Ojalá! esta dolorosa prueba sírva para que se nos ofrezca un futuro acorde con nuestra valía y responsabilidades.

Gracías a todos, especialmente a las matronas-es por vuestra

dedicación y sacrificio.

¡Salud y dichapara todos en 2021! Asociación Española de Matronas