





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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

**96 166 73 84**

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

**Periodicidad:** 3 números al año.

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

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

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

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

© AEM  
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



**matronas hoy**

## Comité editorial

### Fundadora

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

### Directora

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

### Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

### Comité editorial

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

### Comité científico

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



# Sumario • Summary

Vol. 7 - nº 3 diciembre 2019-marzo 2020

## Editorial

4

## Originales

- El rol de la matrona en la prensa española actual ..... 6  
 Víctor Romero Domínguez

## Revisiones

- Actualización de los instrumentos de medida de la ansiedad gestacional. Un metarresumen ..... 13  
 Natalia Barrio Forné, Loreto María García Moyano, Oihana Arrazola Alberdi, Laura Grau Salamero, Ángel Gasch Gallén, Concepción Ángeles Tomás Aznar
- Cuadro de mando integral en la práctica obstétrica ..... 20  
 María Isabel Fernández Aranda
- El papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas durante el periodo de preconcepción y antenatal ..... 29  
 Elena Fernández-García, Ana Fernández-García, María Jesús Gutiérrez-Martín, Laura García-Calvo, Soraya Varona-Iglesias, Yolanda Del Campo-Sanz

## Caso clínico

- Cuidados de una episiotomía compleja. Caso clínico ..... 42  
 Marta Villacampa Alonso

## Echando la vista atrás

- Oposición de las matronas al derecho de los practicantes a asistir partos (1902-1953) ..... 48  
 Rosa Mª Plata Quintanilla

## Agenda

- XX Congreso Nacional de Matronas AEM ..... 54
- La Asociación Española de Matronas y la Fundación Alcohol y Sociedad firman un acuerdo de colaboración ..... 55
- Evaluación, acreditación y próximos cursos de formación continuada de la AEM ..... 57
- Adhesión de la AEM a Nursing Now España ..... 62
- La AEM apoya el 11º Congreso anual de la International Stillbirth Alliance (ISA 2019) y premia la labor de las matronas ..... 64
- La AEM se solidariza con las matronas/es chilenas/os ..... 66
- Las matronas de Chile alzan su voz y se solidarizan con las mujeres en medio del estado de emergencia ..... 66
- Las matronas se comprometen con las mujeres ante la imposición del "toque de queda" ..... 67
- Carta a la Presidenta del Colegio de Matronas de Chile ..... 69

# Editorial

## ¿Será realmente 2020 el año de enfermeras y matronas?

La climatología que hace semanas se instaló en España nos viene anunciando que el invierno está prácticamente asentado y, en nada, llegará la Navidad, que ya también se hace presente con anticipación en nuestras calles con los adornos propios y las luces alumbrando en muchos lugares. Así que esto, y cerrar el último número de la revista, a mí me lleva a pensar en los mejores deseos para el año que viene. Siento que en esa agenda que está por escribir, en primer lugar hay que registrar los sueños incumplidos, a ver si a base de tenacidad y "de no dar el brazo a torcer" este año que estrenamos nos diera por fin la posibilidad de que se cumplan, o al menos que por un espacio de tiempo se genere esa esperanza, esa ilusión renovada de que en algún momento surgirá la oportunidad y las matronas estaremos ahí para aprovecharla.

Bien, de momento la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de este año, ha declarado el 2020 como el Año Internacional de la Enfermera y la Matrona. No deja de ser un hito en la historia que por primera vez los países del mundo se unan para celebrar los beneficios que la enfermería y la partería aportan a la salud de la población mundial.

El Director General de la OMS dijo en esa cumbre que "la OMS se enorgullece de proponer el año 2020 como el Año de la Enfermera y la Matrona. Estas dos profesiones de la salud son invaluable para la salud de las personas en todas partes. Sin enfermeras y matronas no lograremos los Objetivos de Desarrollo Sostenible ni la cobertura sanitaria universal. Si bien la OMS reconoce diariamente su papel crucial, en 2020 se dedicará a poner de relieve los enormes sacrificios y contribuciones de las enfermeras y las matronas, y a garantizar que abordemos la escasez de estas profesiones vitales".

En nombre propio, como creo que lo hará el resto de enfermeras y matronas, agradezco a la OMS esta declaración que, sin falsa modestia, desde luego merecemos unas y otras. Ahora, y a pesar de la alegría y la euforia que nos ha producido tan justo reconocimiento, la cautela, la prudencia e incluso hasta cierto escepticismo cultivado a base de ser ignoradas y ninguneadas tantas veces, en mi caso como en el de tantos otros de larga trayectoria en estas lides, se sientan al lado de las primeras. Sí, cautela, prudencia y escepticismo llegan no tanto para refrenar los sentimientos jubilosos, sino para ayudarme a pensar a más a largo plazo en qué se convertirá esta efusión de gozo incontenido por parte de tantos.

Si solo se queda en una campaña de imagen no estaría mal, y nunca está de más, aunque creo que los usuarios en las "distancias cortas", o sea, en el trato de cada día,

conocen a sus profesionales de referencia, y por lo que valemos cada uno de ellos nos juzgan. Pero realmente sería poco el beneficio de tan magna declaración y despliegue de medios e ilusiones, porque sin pecar de pretenciosa creo que enfermeras y matronas valemos mucho más y ya es hora de que nuestros políticos se dejen de soflamas vacías cada vez que tienen que recurrir a nosotras, incluso a nuestro peculio; o cuando la evidencia de un buen trabajo de años y esfuerzo se materializa en datos de salud que erige a España entre los primeros países del mundo en esta materia y nuestras autoridades sanitarias aceptan complacidas las felicitaciones como si fueran los autores del prodigio. Y esto, señores políticos, no se olviden, en este país se ha hecho, por comparación con muchos otros exiguos recursos humanos y materiales, pero con cantidades ingentes de buen saber, buen hacer y de compromiso ético por parte de todos los profesionales sanitarios de este país, y de una forma especial por el afán de superación constante a pesar de todos los obstáculos que hemos encontrado en el camino, de enfermeras y matronas. Lo dice la OMS: enfermeras y matronas "son invaluable para la salud de las personas en todas partes".

Srs. Políticos, las enfermeras y matronas no les pedimos milagros, ni gratuidades, ni concesiones injustas, les pedimos sentido común y justicia, que pongan en marcha acciones decisivas para que no nos desgarramos en el trabajo diario porque no podemos multiplicarnos más para actuar por todos aquellos que nunca estuvieron y son necesarios; que no nos expriman más porque el desencanto está haciendo mella en las profesiones sanitarias y nadie tiene derecho a quitarnos además, la ilusión de hacer un buen trabajo para el que nos hemos preparado a conciencia y de disfrutar el sentimiento reconfortante de lo bien hecho. No nos ninguneen restándonos competencias, compartiendo y perpetuando ese pensamiento hegemónico médico en el que, entre otras cosas, los médicos se erigen como sostén del sistema; no, no se equivoquen, cada uno tiene su parcela y todos juntos hemos hecho cosas grandes en salud, pero olvidense de seguir en esa curva ascendente si las enfermeras y las matronas fallan.

Las enfermeras y las matronas ya estamos cansadas de que "ese núcleo fuerte", el de los médicos, siga dirigiendo y decidiendo cuanto se geste en el entorno sanitario con el beneplácito de los políticos de turno, porque son ellos a quienes les ofrecen los puestos de Dirección, exclusivamente por consideración de su jerarquía, la mayor parte de las veces y raramente a las enfermeras, no digamos a las matronas, muchas, de unas u otras, bastante más preparadas en gestión y mejores conocedoras de la realidad asistencial.

Hace mucho tiempo que enfermeras y matronas nos sentimos relegadas en ese "idílico equipo multidisciplinar" del que tanto se habla, pero en el que la equidad brilla por su ausencia porque siempre son los mismos los que mueven los hilos, incluso ustedes les permiten intervenir en la formación de otros profesionales no médicos, lo mismo que en la propia autonomía del resto. ¡De eso, desde el siglo XVIII, sabemos mucho y bien lo sufrimos las matronas hasta el momento presente!

Por tanto, para las matronas sería el 2020 nuestro año si verdaderamente consiguiéramos solucionar los principales problemas de nuestra profesión: ajustar plantillas y desarrollar todas las competencias para las que estamos facultadas, pero para eso necesitamos que el "veto" que nos han impuesto quienes temen perder su parcela de poder, y ustedes se lo permiten, se levante y ya no haya quien cuestione o desprestigie gratuita e injustamente nuestras capacidades en prescripción, ecografía y tantas otras parcelas de la asis-

tencia obstétrico-ginecológica que las matronas no podemos desarrollar actualmente porque siempre "hay algunos apurando las zapatas del freno" para que no sigamos adelante en buena lid.

Enfermeras y matronas juntas sumamos, seguiremos luchando por los derechos que lícitamente nos corresponden y que indefectiblemente también revertirán en la sociedad que como nosotras mismas también espera "salud para todos".

Mi deseo: que este esperanzador año 2020 sea el mejor de nuestras carreras profesionales.

Rosa Mª Plata Quintanilla  
Directora de *Matronas hoy*

## El rol de la matrona en la prensa española actual

Victor Romero Domínguez

Matrón. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).  
Servicio Andaluz de Salud.

E-mail: victor\_rd25@hotmail.com

Fecha de recepción: 9 de septiembre de 2019.  
Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2019.

### Cómo citar este artículo:

Romero Domínguez V. El rol de la matrona en la prensa española actual. *Matronas hoy*. 2019; 7(3):6-12.

### Resumen

**Introducción:** los medios de comunicación influyen notablemente en la percepción que la sociedad tiene sobre una determinada profesión, así como en la creación y mantenimiento de estereotipos sobre dichas profesiones.

**Material y método:** estudio cualitativo en el que se llevó a cabo un análisis del contenido temático del texto. Se analizaron las noticias publicadas en tres periódicos españoles (*El País*, *El Mundo*, *ABC*) en cuyo texto aparecía la palabra *matrón* y/o *matrona* publicadas entre junio de 2017 y junio de 2018.

**Resultados:** un total de 142 noticias fueron analizadas. Los temas que más se trataron en las noticias analizadas fueron el proceso de embarazo, parto y puerperio (21,38% de las noticias), gestión sanitaria (13,38%), cultura (10,56%) y ofertas públicas de empleo (9,86%). El 44,83% restante de noticias abarcó distintas temáticas minoritarias como cooperación internacional, lactancia materna, política muerte perinatal, planificación familiar, sexualidad, ginecología y menopausia, y mutilación genital femenina.

Las principales funciones de la matrona que se recogieron fueron la asistencia al parto (23,24%), el asesoramiento a la mujer y la familia (9,86%) y los cuidados del recién nacido y la crianza (9,15%). En el 29,58% de las publicaciones no se especificaba ninguna función. El 28,17% restante de las noticias revisadas englobaba el seguimiento del embarazo, recuperación postparto, preparación al parto, apoyo emocional a la mujer y asistencia profesional en caso de abusos hacia la mujer (abusos sexuales, violencia obstétrica) en el 2,11% del total.

**Discusión:** en los resultados analizados se relaciona a la matrona principalmente con la asistencia al parto y, en menor proporción, con actividades relacionadas con la investigación y la docencia. En temas relativos a la ginecología la incidencia de noticias es bastante menor.

**Conclusión:** se hace necesario la promoción de la profesión a través de los medios de comunicación, visibilizando y convirtiendo las competencias de la matrona en servicios imprescindibles para la sociedad.

**Palabras clave:** matrona; matrón; rol; prensa; medios de comunicación.

### Abstract

*The role of the midwife in current Spanish media*

**Introduction:** the mass media have significant impact on the way the society perceives a specific profession, as well as on creating and sustaining stereotypes regarding said professions.

**Materials and method:** a qualitative study, consisting in the analysis of the thematic contents of the text. There was an analysis of the news published in three Spanish newspapers (*El País*, *El Mundo*, *ABC*), including the terms "*matrón*" (*matron*) and/or "*matrona*" (*midwife*), published between June, 2017 and June, 2018.

**Results:** in total, 142 pieces of news were analyzed. The topics more widely covered in those articles analyzed were the process of pregnancy, childbirth and puerperium (21.38% of the articles), healthcare management (13.38%), culture (10.56%) and public job offers (9.86%). The remaining 44.83% included different minor topics such as international cooperation, breastfeeding, politics, perinatal death, family planning, sexuality, gynecology and menopause, and female genital mutilation.

The main midwife functions collected were: birth assistance (23.24%), advice to women and families (9.86%) and newborn care and parenting (9.15%); no function was specified in 29.58% of the publications. The remaining 28.16% of the articles reviewed included pregnancy monitoring, postpartum recovery, preparation for childbirth, emotional support for women, and professional assistance in case of abuse against women (sexual abuse, obstetric violence) in 2.11%.

**Discussion:** in those results analyzed, midwives were mainly associated with childbirth assistance and, to a lower proportion, with research and teaching activities. In terms of Gynecology topics, there was a much lower incidence of news.

**Conclusion:** professional promotion is necessary through mass media, by making visible the midwife skills, and turning them into essential services for the society.

**Key words:** midwife; matron; press; mass media.

## Introducción

Según la definición de la Real Academia Española actualizada (2018)<sup>1</sup> en su primera acepción, aún persiste la descripción obsoleta e inexacta de matrona-matrón como persona "especialmente autorizada para asistir a las parturientas". Históricamente la función de esta categoría profesional ha estado ligada, casi de forma exclusiva, al proceso de embarazo, parto y puerperio. La profesión ha ido evolucionando, adaptándose progresivamente a cada época y cultura<sup>2</sup>, hasta la situación actual.

Desde 1878<sup>3</sup>, en que se inicia la primera enseñanza institucionalizada de matronas, se han sucedido muchos cambios académicos que han ido incrementando los conocimientos científico-técnicos de los profesionales de esta disciplina hasta llegar al último plan de estudios de la especialidad, Orden SAS/1349/2009<sup>4</sup> que, desde 1992 de forma provisional y definitivamente tras su publicación oficial en 2009, posibilita que las matronas/es a través de este plan formativo adquieran *"un perfil profesional polivalente, vinculado tanto a la Atención Primaria como a la Especializada, mediante la realización de actividades docente-asistenciales estrechamente ligadas a la práctica asistencial y a la actividad ordinaria de los centros y servicios sanitarios, lo que ha determinado, así mismo, la participación activa en la docencia (junto con los recursos procedentes de la universidad) de las matronas que prestan servicios en los distintos dispositivos, que integran las unidades docentes en las que llevan a cabo, con excelentes resultados, un papel fundamental en la supervisión, tutorización, evaluación y seguimiento de los residentes a lo largo de los dos años de duración del programa formativo"*<sup>4</sup>.

El acceso a la profesión se lleva a cabo mediante una formación académica reglada, basada en un conocimiento científico-tecnológico y en la evidencia científica del momento, concebida como una especialidad enfermera que ya desde 1957<sup>5</sup> convierten en el presente a la matrona/matrón en un/a profesional autónomo/a con competencias no solo ligadas a la función reproductiva, sino relacionadas también con la atención a la mujer y la familia durante todo el ciclo reproductivo de esta, abarcando ámbitos como la salud sexual, la planificación familiar o el climaterio, además de sus funciones en la promoción de la salud, la gestión, la docencia y la investigación<sup>6,9</sup>. Pese a esta capacitación académica y legal de la matrona/matrón hay que destacar que hay ciertas funciones que aun actualmente no llegan a desempeñar las matronas/es en la realidad, tales como el control completo del embarazo de bajo riesgo, la atención y cuidados del recién nacido o la atención puerperal en el ámbito hospitalario<sup>10</sup>.

Se podría añadir muchas más áreas en las que la especialización en enfermería obstétrica ginecológica debieran hacer de la matrona el personal de elección tanto en el ámbito hospitalario (urgencias gineco-obstétricas, patología gravídica, reproducción asistida, consulta de lactancia, consulta

preconcepcional y asesoramiento genético, servicio de atención y orientación sexual, etc.), así como en Atención Primaria en donde tampoco en la mayoría de los casos las matronas/es desarrollan todas las competencias para las que están facultadas/os. Dichas tareas son ejecutadas, en la mayoría de los casos, por otros profesionales sanitarios, como médicos o enfermeras generalistas.

En el trabajo de Martínez et al.<sup>11</sup> se refleja el desconocimiento de la sociedad acerca de la formación académica, las funciones que realiza y los lugares donde la matrona desempeña su trabajo. Pese a ser una profesión bien vista socialmente, el desconocimiento de las competencias y funciones hace que la consideración social de la profesión finalmente pueda ser peor. Aunque la asistencia al parto es una función tradicionalmente ligada a la matrona, solo el 35,7% de las personas encuestadas tenía conocimiento de que los partos eutócicos son atendidos exclusivamente por estas en los centros sanitarios públicos; si bien es cierto que las funciones pueden variar dependiendo del ámbito de atención hospitalaria<sup>12</sup>. El resto de profesionales sanitarios también relacionan la función de la matrona con lo relativo al proceso obstétrico normal. Igualmente, ciertos profesionales mantienen que el campo ginecológico queda fuera del ámbito competencial de la matrona<sup>11</sup>. Esto puede ocurrir, en parte, debido a que la implementación de las competencias de la profesión difieren en cada comunidad autónoma, además de que también pueden llegar a ser distintas en cada institución sanitaria<sup>12</sup>.

En la sociedad actual, globalizada y estrechamente ligada a la tecnología, los medios de comunicación de masas tienen un papel importante en la creación de la imagen que la sociedad tiene acerca de una determinada profesión. Del mismo modo, también tienen gran influencia a la hora de crear, difundir y mantener estereotipos. Es decir, los medios de comunicación cuentan con un rol importante como agentes constructores de la realidad social<sup>13</sup>.

Existen diversos trabajos en los que se analiza la imagen de la Enfermería en diferentes medios de comunicación, tanto analógicos como digitales, llegándose a la conclusión de que la imagen reflejada puede estar estereotipada, llevando a la sociedad a concebir una idea errónea relativa a la profesión<sup>13-16</sup>.

En el trabajo de Heierle Valero<sup>17</sup>, que analizó la imagen de las enfermeras a través de las fotografías publicadas en el periódico *El País*, se llegó a la conclusión que la imagen mostrada en este medio no reflejaba las funciones que realmente llevan a cabo, sino que mostraban a las profesionales de enfermería como "acompañantes secundarios, sin impacto social y sin autonomía". Debido a la proyección de esta imagen a veces distorsionada, en varios trabajos<sup>18,19</sup> se determina la importancia de alentar la aparición de la profesión en los medios de comunicación por parte de los propios profesionales, desarrollando las competencias en comunicación pú-

blica necesarias y creando programas contra los prejuicios y estereotipos existentes.

En el caso de las matronas, históricamente se ha relegado su papel a una función dependiente de otros profesionales, principalmente médicos, sin autonomía ni capacidad de actuación propia y ha sido además una profesión marcada por una fuerte perspectiva de género, considerándose una profesión de mujeres y para mujeres<sup>8,20-22</sup>. En los medios de comunicación con frecuencia se relaciona a las matronas con noticias referentes a la judicialización de la sanidad, con demandas presentadas contra ellas, haciéndose imprescindible justamente lo contrario: la publicación de información que visibilice sus ámbitos de actuación y sus funciones en la sociedad<sup>11</sup>.

## Objetivo

El objetivo principal del presente trabajo es identificar el papel de la matrona que se muestra a la sociedad a través de la prensa digital española, examinando:

- Temáticas tratadas en las noticias relacionadas con la figura de la matrona-matrón.
- Funciones profesionales que la prensa les atribuyen.
- Ámbitos de desarrollo de su labor.
- Lugar ocupado por las matronas/es con respecto al resto de las profesiones sanitarias y no sanitarias.
- Referencias a otros profesionales sanitarios mencionados en dichas noticias.

## Material y método

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo en el que se llevó a cabo un análisis del contenido temático del texto. Se enfatizó la descripción e interpretación del contenido temático de las noticias analizadas. Se utilizaron las palabras "matrona" y "matrón" en los buscadores en línea de noticias de tres de los periódicos españoles más leídos (*El País*, *El Mundo* y *ABC*) y se seleccionaron todas las noticias relacionadas publicadas. Los criterios de inclusión que se siguieron para la selección de las noticias fue que contuvieran las palabras "matrona" y/o "matrón" en el titular o en el cuerpo del artículo y que hubieran sido publicados entre el 1 de junio de 2017 y el 1 de junio de 2018. Se analizaron un total de 142 artículos: 63 publicados en *El País*, 46 publicados en *ABC* y 33 en *El Mundo*.

## Resultados

De los 142 artículos analizados únicamente en cuatro de ellos la palabra "matrona" y/o "matrón" formaba parte del

titular. En el resto de los casos estas palabras se encontraban en el cuerpo de la noticia.

Con respecto a las temáticas más recurrentes en los artículos analizados se encontraron 31 artículos que hacían referencia al proceso de embarazo, parto y puerperio (21,83% del total de noticias publicadas seleccionadas), seguidos de gestión sanitaria, con un total de 19 noticias (13,38%), cultura, con 15 artículos (10,56%) y ofertas de empleo público y crianza, con 14 artículos respectivamente (9,86%). El resto de las noticias pertenecían a temáticas distintas, que fueron minoritarias, como: cooperación internacional (9,15%), lactancia materna (4,93%), política (4,22%), muerte perinatal (2,11%) y planificación familiar, sexualidad, ginecología y menopausia, de los que se encontraron dos artículos de cada tema. Se recogió un único artículo referido a la mutilación genital femenina. Las noticias restantes no se clasificaron dentro de las temáticas anteriores, ya que hacían referencia a otro tipo de temas que no son de interés para el presente trabajo, tales como artículos de opinión, artículos biográficos y sucesos, entre otros.

Dentro de los artículos referentes a la asistencia al parto se trataron cuestiones como el alivio del dolor, los partos de alta/baja intervención, sucesos acaecidos en hospitales españoles o noticias en las que se comunicaba el parto de personajes populares.

La mayoría de las noticias incluidas en la temática de gestión sanitaria hacían referencia a reformas y/o aperturas de nuevos centros sanitarios en distintas comunidades autónomas (en los que la matrona formaba parte del equipo multidisciplinar), a presupuestos destinados a servicios sanitarios y a reformas sanitarias y de personal. En las noticias de ofertas de empleo público se detallaban las diferentes convocatorias de determinadas comunidades autónomas en las que se convocaron plazas para múltiples profesiones sanitarias y no sanitarias, entre las que se encontraban las matronas.

En relación con las competencias de la matrona descritas en las distintas noticias analizadas, resaltar que en el 29,58% de los casos (42 publicaciones), simplemente se limitaron a mencionar la palabra matrona/matrón, sin hacer referencia a ninguna función en concreto. De las que sí se especificaron, las más repetidas fueron las asistencia al parto (23,24%), el asesoramiento a la mujer y la familia en el 9,86% de los artículos (asesoramiento en áreas como lactancia materna, alimentación infantil, los cuidados del embarazo y la recuperación postparto, entre otras), cuidados del recién nacido y crianza (9,15%), seguimiento del embarazo (4,22%), recuperación postparto en el 4,22% del total (en distintas áreas como recuperación del suelo pélvico, la diástasis abdominal o la asistencia profesional en la depresión puerperal, entre otras), preparación al parto (3,52%), apoyo emocional a la mujer (2,11%) y asistencia profesional en caso de abusos hacia la mujer (abusos sexuales, violencia obstétrica) en el 2,11% del total.

También se encontraron publicaciones que, aunque en menor proporción, mencionaban otras funciones, como la investigación, la formación y la docencia, el asesoramiento en climaterio o en enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar.

En un total de 15 noticias (10,56%) aparecía la palabra matrona como referencia a una figura distinta de la categoría profesional a la que se ha hecho referencia hasta ahora. Por ejemplo, se utiliza la palabra matrona como apodo de personajes célebres y/o personajes históricos. También se utiliza la palabra matrona como define la Real Academia Española en su tercera acepción: "madre de familia"<sup>1</sup>.

En cuanto a los demás profesionales a los que se referenciaban en los artículos junto con la figura de la matrona, el/la profesional más mencionado es la enfermera/o o personal de enfermería, que apareció en el 33,1% del total de noticias analizadas, seguido del médico sin especialidad especificada (21,13%), médico pediatra (17,60%), médico de familia (14,08%), ginecólogo/a u obstetra (12,68%) y fisioterapeuta (11,27%). Otros profesionales también mencionados, pero en menos proporción, fueron los/as auxiliares de enfermería, los/as psicólogos/as y los/as trabajadores/as sociales, entre otros/as. En el 4,93% de los artículos se hizo mención a la figura de la doula.

## Discusión

Se hace evidente a partir de los resultados expuestos la relación explícita de la matrona con todo lo relativo a los cuidados de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio y más concretamente con la asistencia al parto. Históricamente, desde el inicio de la profesionalización de las parteras tradicionales, la función de la matrona se ha ligado a la mujer gestante y su asistencia en el parto. Esto fue así hasta la publicación del nuevo plan de estudios para la obtención del título de enfermero/a especialista en obstetricia y ginecología, ya que la formación que recibían las matronas hasta entonces era referente únicamente al ámbito asistencial obstétrico<sup>8,11</sup>. Poco a poco otras funciones se han ido ligando a esas competencias profesionales, las cuales también se reflejan en los resultados de este trabajo.

Otras competencias de la matrona, como la investigación o la docencia, también aparecen en algunas noticias, pero en una proporción mucho menor. Concretamente, con respecto a la investigación, se encontraron dos noticias que trataban el tema: la primera, en la que se habla de lactancia materna y se hace referencia a una matrona investigadora en este área, y la segunda que pormenoriza un estudio que relaciona el consumo de alcohol y el síndrome premenstrual, cuya autora principal es una matrona. En referencia a la docencia, únicamente se encontró una publicación en la

que una matrona lleva a cabo la formación de otros profesionales sanitarios en porteo infantil.

Se puede determinar a raíz de los resultados del presente trabajo el desconocimiento general que se tiene sobre las actividades de la matrona/matrón en el ámbito ginecológico, así como en otras áreas que escasamente se mencionan en las noticias analizadas, como la planificación familiar, la anticoncepción o los cuidados de la mujer en la etapa del climaterio, lo cual coincide con los resultados de Martínez Martín et al.<sup>11</sup> Igualmente, funciones como la educación sanitaria, la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad se dejan de lado para centrarse en la actividad más técnica.

No obstante, en dos noticias de todas las analizadas, sí se narran de forma amplia y detallada las funciones de la matrona, acercándose a otros ámbitos de la vida de la mujer, como la menarquia y la adolescencia, la sexualidad, los cuidados en la menopausia, la prevención de enfermedades infecciosas, entre otros. Cabe destacar que una de dichas noticias es una entrevista a una matrona, en la que se promociona la publicación de un libro escrito por ella misma, además de poner en alza el valor de su propia profesión. Este caso muestra que para que en los medios de comunicación se promueva la profesión de forma adecuada es muy importante que sean las propias matronas las que fomenten la publicación y protagonicen la información que más tarde llegará a los receptores de dichos medios, o lo que es lo mismo, a la población general.

En algunos casos se utilizó la palabra "matrona" como sinónimo de enfermera, sin hacer distinción ni evidenciar que las competencias de un profesional y otro son, en muchas ocasiones, considerablemente distintas. Esto pone de relieve el posible desconocimiento de las funciones que cada uno de estos profesionales puede llevar a cabo de acuerdo con su formación. También es importante resaltar que en algunas noticias analizadas se utiliza la palabra "matrona" para hacer referencia a figuras no profesionalizadas como, por ejemplo, en una noticia en la que se detallan las precarias condiciones de un hospital público en Sudán del sur, en el que los partos "los están supervisando matronas tradicionales que no saben ni leer ni escribir" y donde es el ginecólogo el que atiende los casos "complicados". Se hace, por lo tanto, uso de la palabra "matrona" para hacer referencia a un personal no cualificado, que ejerce sus funciones basándose en la práctica tradicional.

En el 4,93% de los artículos se mencionó a la doula, que es una figura que ha ido alcanzando una mayor popularidad en la sociedad actual. En uno de los artículos se define a la doula como "personas que brindan apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto", y se deja intuir que sus funciones abarcan aquellos ámbitos en los que la matrona puede llegar a tener ciertas carencias.

En una de las noticias se presenta a la doula como "una asistente de la matrona que proporciona apoyo emocional a la mujer" y en otras tres noticias se relatan los partos de dos mujeres socialmente populares (una miembro de la monarquía inglesa y una actriz) en las que se explica que entre el conjunto de profesionales con las que estas contaron para dar a luz, también se encontraba una doula. En otra noticia titulada "Doulas, acompañando a la mujer hacia la maternidad", del periódico *El País*, se hace referencia a la supuesta importancia de las funciones de la doula en el acompañamiento de la mujer en el embarazo y el parto, y pese a que especifica que no están autorizadas para realizar intervenciones clínicas ni tomar "decisiones médicas", sí hace referencia a una serie de intervenciones llevadas a cabo por doulas, intervenciones que legalmente entran dentro del marco competencial de la matrona, como el alivio no farmacológico del dolor en el parto, el asesoramiento en la lactancia materna o los cuidados del recién nacido. Por tanto, tales doulas podrían incurrir en un delito de intrusismo profesional, tipificado en el artículo 403 del Código Penal<sup>23</sup>

Por otro lado, el uso del término masculino "matrón" es escasamente usado en los artículos analizados en el presente trabajo; casi en la totalidad de las publicaciones se utiliza el término femenino, excepto en tres casos. Y es que la denominación profesional "matrona" está fuertemente arraigada al sexo femenino como el propio género femenino de la palabra, no en vano a lo largo de la historia solo las mujeres, con un intervalo corto en el que los practicantes fueron autorizados a la asistencia a partos, han desempeñado este oficio convertido en profesión, hasta que en 1980 se eliminó la discriminación por cuestión de género que autorizó a los hombres a cursar esta especialidad enfermera<sup>24</sup>. Esto puede explicar que los varones representen una minoría dentro del colectivo de la especialidad. Según los datos del INE más recientes (colegiados en España a 31 de diciembre de 2018), de los 7.440 colegiados no jubilados con título de especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), 6.891 pertenecen a mujeres y tan solo 549 a hombres lo que supone respectivamente un 92,62% y un 7,96%<sup>25</sup>.

Volviendo al término "matrón" y su escasa presencia, pese a que desde 2007 la Real Academia Española de la Lengua<sup>26</sup> se pronunció afirmando que no había ningún inconveniente gramatical para formar ese masculino, por lo que se podía usar y escribir sin necesidad de ser marcado con letra cursiva, el vocablo no fue incorporado al Diccionario de la RAE hasta su 23ª edición en el año 2014.

Como ejemplo anecdótico de la arraigada feminización del término, una de las noticias seleccionadas habla de las policías de sexo femenino, las cuales están aún en gran minoría con respecto a los hombres y se menciona en este artículo la incorporación de mujeres al cuerpo de la Guardia Civil a las que se las denominaba "matronas" y que nada tenían que ver con las/os especialistas sanitarias.

En una de las noticias se narran las funcionalidades de una plataforma web dirigida a matronas, la cual tiene la finalidad de fomentar la formación de estos profesionales o compartir experiencias, entre otras. No resulta novedoso resaltar el papel protagonista que Internet tiene en la sociedad actual. Algunos autores<sup>11,17,18</sup> hablan de la necesidad de tomar medidas para promocionar la profesión ante una sociedad que en muchas ocasiones desconoce el potencial del papel de la matrona, siendo responsabilidad del propio colectivo el fomentar la implementación de absolutamente todas las competencias profesionales que pueden llevar a cabo. No solo a través de publicitar sus funciones en los medios de comunicación, sino adaptándonos a las nuevas necesidades de la población, utilizando herramientas apoyadas en el desarrollo de la tecnología de la información y la comunicación y poniendo constantemente en valor todo lo que la matrona puede ofrecerle a la mujer a lo largo de toda su vida reproductiva, desde la menarquia hasta más allá de la menopausia. Es ahí donde Internet puede y debe convertirse en una excelente herramienta muy útil para la matrona. Según Fernández Aranda<sup>29,30</sup>, la matrona es un profesional adecuado para la supervisión y moderación de la información en materia de obstetricia a la que la población puede acceder a través de Internet, ya que se da por hecho que las mujeres y la población general utilizan este medio como herramienta para resolver dudas sobre su estado de salud, intercambiar opiniones, etc.

Como implicaciones para la investigación futura se sugiere el análisis de otros medios de comunicación tales como la televisión, la radio o el cine y qué imagen y estereotipos acerca de la matrona se muestran en ellos; así como también analizar la presencia de la matrona en las redes sociales, blogs de divulgación, aplicaciones para dispositivos móviles o la publicación de videos *online* y determinar qué influencia puede llegar a tener todo ello, tanto en la salud de la población como en la imagen mostrada y percibida acerca de la profesión.

## Conclusiones

Con el presente trabajo se pone en evidencia la necesidad de promocionar la profesión no solo a través de la prensa, sino de otros medios de comunicación de masas. Publicitar las competencias, desconocidas en ciertas ocasiones, y los ámbitos en los que la matrona puede llevar a cabo sus intervenciones se vuelve imprescindible para convertir los cuidados en algo que tanto la mujer como la sociedad lleguen a percibir como algo imprescindible. No solo se deben explotar para tal fin los medios de comunicación tradicionales, sino que las matronas actualmente han también de hacer uso de aquellas herramientas proporcionadas por el amplio desarrollo de la tecnología, como podrían ser las redes sociales o las aplicaciones para dispositivos móviles.

## Bibliografía

1. Diccionario Real Academia Española (DRAE). Versión electrónica de la 23ª edición del "Diccionario de la Lengua Española" ("DEL" 23-2; actualización diciembre 2018) [internet] [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=Odao13n>
2. Manrique Tejedor J, Fernández Cuesta A, Echevarría Amador-Loriga P, Figuerol Caldero M, Teixidó Badia J, Barranco Moreno M. Historia de la profesión de matrona. *AgInf.* 2014; 18(69):26-8.
3. Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos [internet]. Madrid: Imprenta de don Pedro Marin; 1787 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://books.google.es/books/ucm?id=DIkOrC7nbE8C&hl=es&pg=PP5#v=onepage&q&f=false>
4. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 129, de 28 de mayo de 2009. páginas 44697 a 44729 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881)
5. Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] de 12 de febrero de 1957. [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/043/A00832-00832.pdf>
6. Fernández Cuesta A, Manrique Tejedor J, Echevarría Amador-Loriga P. Competencias de la matrona. *AgInf.* 2013; 65:34-5.
7. International Confederation of Midwives. Definición Internacional de Matrona de la ICM [internet]. [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <http://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/international-definition-of-a-midwife-spanish.html>
8. Macías Seda J, León González S. Fundamentos de la Enfermería Obstétrica-Ginecológica. Vol. 1. Madrid: FUDEN; 2015.
9. Macías Seda J, Domínguez Simón MJ. Competencias Transversales de la Matrona: Legislación, Investigación, Gestión y Docencia. Madrid: FUDEN; 2015.
10. Fernández Martínez E, Pulgar G del, Mercedes M, Pérez Martín A, Zafra O, Dolores M, et al. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educ Médica.* 2018; 19(S3):360-5.
11. Martínez Martín E, Macarro Ruiz D, Herrero Martín J, Llorente Prieto A. Visión de la matrona en el siglo XXI. *Matronas Hoy.* 2014; 2(2):17-26.
12. Corchs S, Martínez C, Vela E, Díaz S. Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona. *Matronas Prof.* 2006; 7(3):5-11.
13. Rodríguez-Camero ML, Rodríguez-Camero N, Azañón-Hernández R. La construcción mediática de la Enfermería. *Index Enferm.* junio de 2008; 17(2):119-23.
14. Sánchez-Gras S. Imagen de la enfermería a través de la prensa escrita ¿necesitamos visibilizar los cuidados enfermeros? *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades.* 2017; 21(49).
15. Fahl Kemmer L, Paes da Silva MJ. Nurses' visibility according to the perceptions of the communication professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(2):191-8.
16. García CF, López MLP. Así nos muestran, ¿así somos? *Cult Los Cuid.* 2012; 0(18):98-101.
17. Heierle Valero C. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index Enferm.* 2009; 18(2):95-8.
18. Baldrich-Rodríguez I, Navarro-Revueltas C, Lázaro-Maeso A. Imagen de la enfermería en la sociedad española y medios de comunicación. *Rev Esp Comun Salud.* 2016; 7(2):310-23.
19. Cardoso RJM, Graveto JMG de N, Queiroz AMCA. The exposure of the nursing profession in online and print media. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014; 22(1):144-9.
20. Rodríguez Portilla NE, Castaño Molina MÁ, Martínez Roche ME. Influencia del género en la formación de las matronas en el siglo XX. *Index Enferm.* 2014; 23(3):171-5.
21. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería: reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Glob.* 2015; 14(37):328-34.
22. Influencia en la posterior práctica asistencial del matrn tras la atención al parto de su pareja: una perspectiva de género. *NURE Investigación. Nure Inv.* 2019; 16(98).
23. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 281, de 24 de noviembre de 1995, páginas 33987 a 34058 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>
24. Real Decreto 2287/1980 de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 258, de 27 de octubre de 1980, páginas 23928 a 23928 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-23297>
25. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de profesionales sanitarios colegiados [internet], 2018 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5625&capsel=5627>
26. Wikilengua del español. Consultas. Matrn [internet]. [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <http://www.wikilengua.org/index.php/matr%C3%B3n>
27. FUNDEU-BBVA. Consultas. Matrn [internet]. [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/matron-199/>

- 
28. Benemerita al día. Historia Guardia Civil. Las matronas del Cuerpo de Carabineros [internet]. [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <http://www.benemeritaaldia.org/historia-guardia-civil/30011-las-matronas-del-cuerpo-de-carabineros.html>
29. Fernández Aranda MI. La matrona como evaluadora y gestora de información digital. *Matronas Prof.* 2016; 17(1):20-7.
30. Fernández Aranda MI. La nueva e-obstetricia. *Matronas Prof.* 2015; 16(2):69-75.

<sup>1</sup> Natalia Barrio Forné  
<sup>2</sup> Loreto María García Moyano  
<sup>2</sup> Oihana Arrazola Alberdi  
<sup>3</sup> Laura Grau Salamero  
<sup>4</sup> Ángel Gasch Gallén  
<sup>5</sup> Concepción Ángeles Tomás Aznar

## Actualización de los instrumentos de medida de la ansiedad gestacional. Un metarresumen

<sup>1</sup> *Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).*  
<sup>2</sup> *Enfermera. Hospital San Jorge (Huesca).*  
<sup>3</sup> *Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).*  
<sup>4</sup> *Profesor Ayudante Doctor. Universidad de Zaragoza.*  
<sup>5</sup> *Profesora Titular. Universidad de Zaragoza.*

E-mail: nata\_barrio@hotmail.com

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2019.

Fecha de aceptación: 1 de octubre de 2019.

### Cómo citar este artículo:

Barrio Forné N, García Moyano LM, Arrazola Alberdi O, Grau Salamero L, Gasch Gallén A, Tomás Aznar CA. Actualización de los instrumentos de medida de la ansiedad gestacional. Un metarresumen. *Matronas hoy*. 2019; 7(3):13-9.

### Resumen

**Introducción:** la ansiedad gestacional puede repercutir en la salud de la mujer embarazada y del feto, por lo que es importante detectarla a través de sistemas de cribado adecuados a esta población.

**Objetivo:** examinar los instrumentos validados que se utilizan para la medición de la ansiedad durante la gestación.

**Método:** metarresumen a partir de una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scopus, PsycINFO y Web of Science.

**Resultados:** el instrumento más utilizado fue el *Spielberger Trait Anxiety Scale* (STAI), seguido de otros como *Taylor Manifest Anxiety Scale* (MAS) y *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS). Esto es debido a la especificidad de las escalas y fácil comprensión.

**Discusión:** el tercer trimestre es el momento de la gestación elegido para valorar los posibles rasgos de ansiedad. La mayor parte de las encuestas validadas utilizan un método de valoración por ítems con clasificación tipo Likert, lo que permite el análisis de los resultados.

**Conclusiones:** de todas las escalas e inventarios disponibles, la STAI es la mejor para realizar un cribado de la ansiedad gestacional, ya que es la más validada en esta población, presenta ítems concisos y la variabilidad interpretativa es mínima.

**Palabras clave:** ansiedad; embarazo; revisión; autoevaluación.

### Abstract

**Update of the Measurement Tools for Gestational Anxiety: A meta-summary**

**Introduction:** gestational anxiety can have an impact on the health of pregnant woman and fetus; therefore, it is important to detect it through screening systems adequate for this population.

**Objective:** to examine those validated tools used for measuring anxiety during pregnancy.

**Method:** a meta-summary based on a bibliographic review conducted on the PubMed, Cochrane, Scopus, PsycINFO and Web of Science databases.

**Results:** the tool most widely used was the *Spielberger Trait Anxiety Scale* (STAI), followed by others such as the *Taylor Manifest Anxiety Scale* (MAS) and the *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS). This is due to the specificity and easy understanding of these scales.

**Discussion:** the third trimester of gestation is the time-point selected in order to assess any potential anxiety traits. The majority of validated surveys use a method of evaluation per items with Likert-type classification, which allows an analysis of their results.

**Conclusions:** of all scales and inventories available, STAI is the best for screening gestational anxiety, because it is the most widely validated in this population, presents concise items, and there is minimum variability of interpretation.

**Key words:** anxiety; pregnancy; review; self-evaluation.

## Introducción

La ansiedad perinatal es uno de los problemas mentales menos investigados a pesar de que su aparición durante el embarazo y en el postparto conlleva consecuencias negativas para el feto y su desarrollo<sup>1</sup>.

Se ha demostrado que la ansiedad libera catecolaminas, que provocan vasoconstricción en la circulación materna, con la consiguiente limitación de oxígeno y nutrientes para el feto<sup>1</sup>. Esto conlleva, en muchas ocasiones, bajo peso al nacimiento para la edad gestacional<sup>2</sup>, alteraciones en su crecimiento y desarrollo<sup>3</sup> y menores puntuaciones en el test de APGAR a los cinco minutos<sup>4</sup>.

Además, un incremento de la ansiedad durante el embarazo implica consecuencias negativas también en el ámbito físico, traduciéndose en patologías como hipertensión<sup>5</sup>, pre-eclampsia<sup>6</sup> e hiperémesis gravídica<sup>7</sup>.

La importancia de estas afecciones hace que los y las profesionales sanitarios se planteen formas de prevención y detección precoz para hacer frente a este trastorno mental. Hay numerosos estudios que destacan la importancia de la prevención destacando la educación maternal<sup>8</sup>, el acompañamiento por la pareja durante todo el proceso del parto<sup>9</sup>, la analgesia epidural<sup>10</sup> y el trato de los profesionales<sup>11</sup>.

Por otra parte, muchos investigadores han centrado sus esfuerzos en establecer sistemas de detección precoz de la ansiedad para así prevenir o disminuir las consecuencias inesperadas que puedan darse. Una de las formas de cribado que se utiliza es la aplicación de encuestas, cuestionarios y/o inventarios validados. Algunas de las más conocidas son el STAI<sup>12</sup>, MAS<sup>13</sup> y HADS<sup>14</sup>.

Las diferencias entre unas a otras radican fundamentalmente en la extensión y el ámbito de aplicación, es por ello que es necesario una profundización en el desarrollo de las mismas para adecuar su uso a las circunstancias que se presenten.

El objetivo de este estudio es identificar los instrumentos validados que se utilizan con mayor frecuencia para la medición de la ansiedad durante la gestación, que además han sido empleados para conocer la influencia de esta variable sobre los resultados perinatales.

## Metodología

Este estudio ofrece una revisión bibliográfica de las escalas, inventarios y cuestionarios más utilizados para la valoración y evaluación de la ansiedad a lo largo del embarazo.

### Diseño

Metarresumen a partir de una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scopus, PsycINFO y Web

of Science, para realizar una síntesis de los hallazgos de investigaciones de tipo cualitativo sobre el uso de instrumentos de medida de la ansiedad durante el embarazo y sus posibles relaciones en el estudio de los resultados perinatales.

### Estrategia de búsqueda

Se eligió como término principal "*maternal anxiety*", el cual se combinó con los subterminos "*pregnant*", "*pregnancy*", "*gestation*", "*scale*", "*parturition*" o "*labor*", tanto en castellano como en inglés. Estos criterios de búsqueda se establecieron en PubMed como términos MeSH y en el resto de buscadores como términos clave.

### Selección de los estudios

Entre los criterios de selección se escogieron para su inclusión: estudios que hubieran aplicado las encuestas, escalas y/o inventarios a pacientes gestantes mayores de 18 años hospitalizadas durante el tercer trimestre, aplicaran un cuestionario validado para valorar la ansiedad en mujeres embarazadas, realizaran un análisis de la ansiedad antes del parto, y mencionaran resultados perinatales a consecuencia de la ansiedad. Se aceptaron aquellos estudios en los que trataran embarazos en humanos de forma espontánea o mediante técnicas de laboratorio, embarazos únicos o múltiples e historia de abortos anteriores.

Como criterios de exclusión se establecieron: cualquier otra etapa del embarazo y el puerperio; la relación de la ansiedad con patologías como la diabetes gestacional, la hipertensión materna, feto muerto intraútero o anomalías fetales diagnosticadas; con sustancias tóxicas como drogas ilegales, tabaco o alcohol; y los estudios que hubiesen sido llevados a cabo en animales.

## Resultados

Se encontraron diversidad de escalas, encuestas e inventarios validados para analizar la ansiedad durante el embarazo. La más utilizada fue la STAI, creada por Spielberger en 1970<sup>15</sup>. Este inventario está dividido en dos partes, en una se analiza la ansiedad como rasgo y en la otra se examina el estado actual de ansiedad. Se pueden considerar de forma conjunta o por separado. Cada parte consta de 20 ítems con una escala tipo Likert, que puntúa cada uno de 0 a 3 puntos, siendo la puntuación máxima de 60 puntos en cada subescala.

Para su valoración, Spielberger<sup>16</sup> consideró cada ítem como positivo o negativo, dando diferentes valores en función de la respuesta aportada por la persona. Los enunciados con valor positivo se consideran una medición indirecta de la ansiedad, en cambio los valores negativos se clasifican como una medición directa.

En el apartado Estado se observan como frases de evaluación directa de la ansiedad las situadas en los lugares 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18; y como evaluación indirecta las ubicadas en las posiciones 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. Para computar razonadamente cada ítem, el autor le daba el mismo valor que había administrado la paciente en el caso de las mediciones directas; al contrario que sucedía en las mediciones indirectas, donde los valores dados se invertían, dando un valor de 0 en aquellos apartados donde la paciente hubiera marcado un 3, 1 a los ítems señalados con 2 puntos, 2 a los que tenían 1 punto y 3 a los que aparecían con 0. Después de contar los puntos por separado según si eran enunciados de evaluación directa o indirecta se realizaba una estimación global del apartado Estado mediante una fórmula matemática, que consiste en sumar el valor 30 a los puntos obtenidos del subapartado directo y restar los conseguidos en el subapartado indirecto.

En el apartado Rasgo, también hay ítems clasificados como directos e indirectos. Los directos son los enunciados 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40; y los indirectos son el 21, 26, 27, 30, 36 y 39. Se realizan de cada uno los mismos cálculos que en el apartado Estado. Cambia respecto al anterior la fórmula utilizada al final. En este caso se suma 21 al valor de la medición directa y se resta el valor de la indirecta.

Las puntuaciones obtenidas se valoran por separado según una tabla elaborada por el autor. En esta tabla figuran todos los valores posibles que pueden obtenerse en los dos apartados, cada uno de ellos tiene un percentil asignado con el que se puede clasificar a la paciente en que punto de riesgo está para poder desarrollar ansiedad. Los calificativos que da el autor en función del resultados son: bajo riesgo, tendencia al promedio, promedio, sobre el promedio y alto riesgo.

Este catálogo está establecido en unos rangos de puntuación que difieren en los dos apartados. En el apartado Estado se considera bajo riesgo a las puntuaciones de 0 a 14, tendencia al promedio de 15 a 19, promedio de 20 a 22, sobre el promedio de 23 a 31 y alto riesgo de 32 a 60. En el apartado Rasgo se especifica como bajo riesgo los valores de 0 a 16, tendencia al promedio de 17 a 23, promedio de 24 a 25, sobre el promedio de 26 a 32 y de alto riesgo de 33 a 60.

Hay otros instrumentos de medida muy utilizados, como son MAS y HADS. La MAS es un cuestionario autoadministrado que mide el nivel a partir del cual el sujeto presenta ansiedad<sup>16</sup>. Presenta cinco subescalas (Vergüenza, Sensibilidad, Seguridad en sí mismo, Agitación y Ansiedad Fisiológica), ya que al inicio su propósito era detectar sujetos para incluirlos en experimentos psicológicos relacionados con el estrés, la motivación y la interpretación humana. Después comenzó a usarse como un indicador general de la ansiedad, estableciendo esta cualidad como un rasgo de la personalidad<sup>17</sup>.

Consta de 50 ítems, cada uno de los cuales tiene una respuesta dicotómica, es decir, verdadero o falso. Este método diferencia entre la ansiedad psicológica, los aspectos conductuales de la ansiedad y la expresividad de la misma<sup>18</sup>.

Según los valores obtenidos se considera un nivel normal los puntos comprendidos entre 0-16, leve entre 17 y 20, moderado 21 y 26, severo entre 27 y 29 y muy severo entre 30 y 50<sup>19</sup>.

La HADS es una escala que se utiliza a menudo en el medio hospitalario para detectar ansiedad y/o depresión<sup>20</sup>. Consta de dos subescalas para cada trastorno mental<sup>11</sup>, pudiendo analizarlas por separado<sup>20</sup>. Tiene siete enunciados cada una<sup>11</sup>, con cuatro respuestas posibles, siendo 0 el valor mínimo y 3 el valor máximo<sup>21</sup>. Cada apartado se valorará de la siguiente manera: de 0 a 7 puntos se considera normal, leve de 8 a 10 puntos, de 11 a 14 puntos moderada y de 15 a 21 grave<sup>11</sup>. Se pueden clasificar a los sujetos como personas sin patología, solo ansiosos, solo deprimidos o ansiosos y deprimidos<sup>20</sup>.

Hay otros cuestionarios diferentes que también han sido utilizados entre la población de mujeres gestantes, aunque en un número menor de investigaciones.

Uno de ellos es el cuestionario *Wijma Delivery Expectancy/Experience* (W-DEQ) es un cuestionario de autoevaluación que se utiliza para medir el miedo al parto<sup>22</sup>. En este instrumento se desarrollan 33 ítems sobre el parto, valorados del cero al cinco, siendo el valor de cero "nada" y de cinco "extremadamente". Se pueden obtener un valor mínimo de cero puntos y máximo de 165. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el miedo al parto<sup>23</sup>.

El *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire-Revised* (PRAQ-R) también figura como una de las formas de análisis de la ansiedad en mujeres embarazadas<sup>24</sup>. Es un cuestionario abreviado respecto al original, denominado PRAQ, que está compuesto por 10 afirmaciones extraídas de las 58 que posee el documento inicial<sup>25</sup>. Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert que va del 1 (definitivamente no es cierto) al 5 (definitivamente cierto). Los enunciados de la PRAQ-R se pueden dividir en tres subescalas: miedo a dar a luz, preocupación por tener un hijo discapacitado física o mentalmente y preocupación por la propia apariencia. Para la primera subescala se tienen en cuenta los ítems 2, 6 y 8; para la segunda se incluyen los ítems 4, 9, 10 y 11; y para la tercera, los ítems 3, 5 y 7<sup>24</sup>.

Por último, el *Beck Anxiety Inventory* (BAI) es un cuestionario autoadministrado que valora la severidad de la ansiedad, pudiéndose aplicar a mujeres embarazadas, que está formado por 21 elementos<sup>26</sup>, que explican síntomas de ansiedad subjetivos, somáticos o relacionados con el pánico<sup>27</sup>. Se valora cada uno con una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, siendo 0 "para nada" y 3 "grave"<sup>26</sup> según las experiencias vividas en el último mes<sup>27</sup>. La mujer gestante puntúa cada síntoma según corresponda, después se suman todos los valores pudiendo

alcanzar un rango de puntuación 0 a 63. De 0 a 10 puntos indica que la ansiedad es mínima, de 11 a 19 es leve, de 20 a 30 moderada y de 31 a 63 reflejaría una ansiedad severa<sup>26</sup>.

## Discusión

La gran diversidad que existe en el origen de la ansiedad aumenta la importancia de elegir un cuestionario adecuado a las circunstancias en las que se quiera medirla, además de seleccionar el momento satisfactorio.

Todos los instrumentos descritos conforman formas validadas para la detección de la ansiedad en la población gestante. Cada uno de los autores ha utilizado estas escalas en momentos diferentes de este periodo vital, lo que los hace fiables para analizar este trastorno en cualquier trimestre (Tabla 1).

Investigadores como Akiki et al.<sup>28</sup> analizaron la ansiedad durante el primer trimestre, empleando el inventario STAI como método de cribado. Otros como Broekman<sup>29</sup>, que también utilizaron esta escala, lo llevaron a cabo en el segundo trimestre, ya que defendían que así se podía relacionar esta variable con los resultados perinatales.

Armstrong et al.<sup>30</sup> administró esta encuesta a las mujeres gestantes que se encontraban en el tercer trimestre y añadió

la fase del puerperio para comprobar las consecuencias del estado mental materno en la evolución del niño. Autores como Groome et al.<sup>31</sup> y Figueiredo et al.<sup>32</sup> se sumaron a este último trimestre para analizar la ansiedad mediante la STAI.

Ante tal divergencia algunos autores como Bann et al.<sup>33</sup> centraron su objetivo en conocer exactamente cuál era la etapa más propicia para evaluar la ansiedad utilizando este cuestionario. Tras su estudio observó que el periodo de tiempo comprendido entre la semana 28 y 38 de gestación tenía hallazgos más estables en comparación con otros momentos, con lo que hacían del tercer trimestre el más indicado<sup>33</sup>.

En el resto de escalas, aunque existen discrepancias en cuanto al momento idóneo para administrarlas, no hay actualmente estudios como el de Bann et al.<sup>33</sup> donde se valore este parámetro.

Según los estudios en los que emplean otros instrumentos para la evaluación de la ansiedad, parece que el lapso de tiempo más escogido entre todos los señalados es el tercer trimestre de la gestación. Este hecho se puede observar, por ejemplo, en las investigaciones de Glazer et al.<sup>34</sup> con la MAS, Bijlenga et al.<sup>35</sup> y Van Bussel et al.<sup>36</sup> con la HADS, Newham et al.<sup>37</sup> con la W-DEQ; Huizink et al.<sup>24</sup>, Van Bussel et al.<sup>36</sup> y Witteveen et al.<sup>25</sup> con la PRAQ-R; y Pimenta et al.<sup>26</sup> con la BAI.

Tabla 1. Estudios según su evidencia científica según el Centre for Evidence-Based Medicine (Oxford)

Estudio	Escala utilizada	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
Akiki 2016 (29)	STAI	Transversal	4
Broekman 2014 (30)	STAI	Cohortes	2B
Armstrong 2009 (31)	STAI	Cohortes	2B
Groome 1995 (32)	STAI	Transversal	4
Figueiredo 2010 (33)	STAI	Transversal	4
Bann 2017 (34)	STAI	Descriptivo	5
Glazer 1980 (35)	MAS	Transversal	4
Bijlenga 2011 (36)	HADS	Cohortes	2B
Van Bussel 2009 (37)	HADS, PRAQ-R	Longitudinal	4
Newham 2014 (38)	W-DEQ	Cohortes	2B
Huizink 2016 (25)	PRAQ-R	Cohortes	2B
Witteveen 2016 (26)	PRAQ-R	Transversal	4
Pimenta 2016 (27)	BAI	Transversal	4
Julián 2011 (39)	BAI	Descriptivo	5

Tanto el primer trimestre y segundo de gestación como el puerperio son etapas que se han examinado con menos frecuencia. Muchas veces se han tenido en cuenta como parte de un seguimiento en los niveles de ansiedad, con el objetivo de observar su incremento o disminución.

Estos cuestionarios suelen facilitarse a las mujeres embarazadas para que los rellenen individualmente, lo que permite que tengan tiempo suficiente para comprender los enunciados y puedan adjudicar a cada uno el valor que consideren más oportuno.

La escala MAS es la única de las señaladas que da como opciones de respuesta un valor dicotómico, el resto amplía sus alternativas mediante escalas tipo Likert.

Las encuestas que poseen originalmente menos ítems son la PRAQ-R, con 10 elementos, y la HADS, con 14. A pesar de que el inventario STAI posee 40 afirmaciones es el más utilizado, puesto que en el caso de la PRAQ-R es un método de valoración acortado respecto al primordially, lo que supone para algunos autores un análisis incompleto. Entre sus ventajas destaca su consideración como instrumento sólido para los resultados relacionados con el nacimiento y la niñez. Hace una diferencia entre la ansiedad desarrollada durante el embarazo y la ansiedad general, aunque los dos se influyen mutuamente durante esta fase vital de la mujer. Dado a que tiene pocos ítems es ideal para administrarlo tanto a mujeres embarazadas como a sus hijos.

La desventaja es que está desarrollado para mujeres embarazadas primerizas, ya que uno de sus ítems "estoy ansiosa por el parto, porque nunca antes había experimentado uno" solo puede preguntarse a aquellas mujeres que no hayan vivido antes un trabajo de parto<sup>24</sup>.

En el caso de la HADS, valora la depresión además de la ansiedad. Pueden analizarse por separado y además se excluyen algunos síntomas físicos como dolores de cabeza, mareos o trastornos del sueño, por lo que le hace adecuada para la utilización en mujeres embarazadas<sup>11</sup>. Su brevedad, a su vez, es su mayor desventaja. Los rangos de puntuación son más estrechos, por lo que cualquier pequeña variación en la respuesta hace que se diagnostique un trastorno ansioso.

A continuación se encuentra la encuesta BAI. Es un instrumento que resulta cómodo de responder, ya que normalmente no se utilizan más de 10 minutos para hacerlo. Como gran desventaja se encuentra su conexión con el inventario original, el *Beck Depression Inventory* (BDI)<sup>38</sup>.

Inicialmente fue elaborado el BDI, el cual ha sido validado en multitud de poblaciones, obteniendo así una gran fiabilidad y exactitud. Derivado del BDI se realizó el BAI, elemento que no ha sido validado en todas las poblaciones, aunque sí lo está entre las mujeres embarazadas. Dado que el BAI nace del BDI, su autor intenta diferenciarlas centrand

la primera en los síntomas somáticos<sup>38</sup>, lo que supone una gran limitación.

Esta unión entre los dos inventarios hace que sea más difícil discriminar entre ansiedad y depresión, por lo que muchos investigadores deciden no usarlo.

W-DEQ es la siguiente en menor longitud con 33 enunciados. También utiliza un parámetro de evaluación tipo Likert, está íntimamente relacionada con la ansiedad pero no lo está directamente con su detección<sup>22</sup>, por lo que muchos autores deciden descartarla como método de valoración.

En orden de extensión, a continuación figura el inventario STAI. Son 40 ítems que han sido validados en la población gestante y son de muy fácil comprensión. Además, la escala es accesible a cualquier profesional y sus instrucciones son claras, concisas y precisas, lo que hace que se utilice con mayor frecuencia. Como desventajas se encuentra la interpretación de los resultados. Spielberger, el autor del instrumento, definió claramente los parámetros para realizar una adecuada interpretación de los mismos; a pesar de ello, en algunos estudios como el de Hall<sup>22</sup> han efectuado su propia valoración afirmando que se debe alcanzar un mínimo de 40 puntos en alguna de las subescalas para considerar que tiene un elevado nivel de ansiedad.

## Conclusiones

La ansiedad es un trastorno muy habitual en la población general, y, especialmente, entre la población femenina y durante la gestación. Las y los profesionales han de poder identificar y cuantificar esta patología mental para prevenir su aparición o disminuir su gravedad.

Los instrumentos disponibles para la detección más destacados son: STAI, MAS, HADS, W-DEQ, PRAQ-R Y BAI.

De estos instrumentos, el más adecuado y validado para detectar la ansiedad y sus niveles entre la población gestante es el inventario STAI. Es una de las encuestas más largas pero sus ítems son concisos y fácilmente comprensibles. La escala de valoración tipo Likert, con cuatro posibles opciones aporta amplitud en la respuesta y, por lo tanto, los rangos de puntuación son mayores, lo que ayuda a vaticinar diferentes niveles de ansiedad. La manera de interpretar estos resultados fue definida claramente por el autor, Spielberger, por lo que la variabilidad aclarativa es mínima. Además, hay un alto porcentaje de estudios con alta evidencia científica que han escogido esta escala, por lo que su nivel de importancia es mayor al resto. Estas ventajas hacen que los investigadores escojan el inventario STAI como método de cribado para la ansiedad.

El conocimiento de las características de los instrumentos de medida de la ansiedad, proporciona a los profesionales un avance y una mayor comprensión de la gestión de este proceso

mental, y, por lo tanto, ayuda a reconocerlo de forma temprana para disminuir las consecuencias que se pueda derivar en la población gestante y en los resultados perinatales.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006 Aug; 67(8):1285-98.
- Chistiakova NV, Sergienko EA, Savost'lanov KV. Common variants of the mineralocorticoid and glucocorticoid receptor genes may contribute to pregnancy-related anxiety: A pilot study. *Central European Journal of Medicine* 2013; 8(1):117-24.
- Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26(3):153-65.
- Berle J, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 2005 Sep; 8(3):181-9.
- Qiu C, Williams MA, Calderon-Margalit R, Cripe SM, Sorensen TK. Preeclampsia Risk in Relation to Maternal Mood and Anxiety Disorders Diagnosed Before or During Early Pregnancy. *Am. J. Hypertens.* 2009 Apr; 22(4):397-402.
- Kang YT, Yao Y, Dou J, Guo X, Li SY, Zhao CN, et al. Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016; 13(5):E468.
- King NMA, Chambers J, O'Donnell K, Jayaweera SR, Williamson C, Glover VA. Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Archives of Womens Mental Health* 2010 Aug; 13(4):339-45.
- Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009 Aug; 18(15):2125-35.
- Szeverenyi R, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partners presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19:38-43.
- Chandra PS, Ranjan S. Psychosomatic obstetrics and gynecology - A neglected field? *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20(2):168-73.
- Makara-Studzinińska M, Moryłowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Goździewska M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013; 20(1):195-202.
- Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. The relationship of maternal prenatal development to progress in labor and fetal-newborn health. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1981; 17(6):5-28.
- Brown LB. Anxiety in pregnancy. *Br J Med Psychol* 1964; 37:47-58.
- Qiao Y, Wang J, Li J, Wang J. Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: A follow-up study. *J Obstet Gynaecol* 2012; 32:237-40.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *The State-Trait Anxiety Inventory: Test Manual*. Palo Alto, CA.; 1970.
- Chico Libran E. Personalidad y psicopatía: relaciones dimensionales y capacidad discriminativa en dos muestras equiparadas. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología: Universidad Rovira i Virgili; 1994.
- Dos Reis Quintao S. Validación de la versión portuguesa de la escala de ansiedad de Beck- BAI. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2010.
- Bados A. Trastorno de la ansiedad generalizada. Cuestionarios y escalas de valoración. Facultad de psicología: Universidad de Barcelona; 2009. p. 1-98.
- Desouky D, Allam H. Occupational stress, anxiety and depression among Egyptian teachers. *J Epidemiol Global Health* 2017; 7:191-8.
- Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: A hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal* 2012; 2012:653098.
- Sato Y, Kato T, Kakee N. A six-month follow-up study of maternal anxiety and depressive symptoms among Japanese. *Int J Epidemiol* 2008 Mar; 18(2):84-7.
- Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:78.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015; 36(1):1-9.
- Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson

- L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Womens Mental Health* 2016 Feb; 19(1):125-32.
25. Witteveen AB, De Cock P, Huizink AC, De Jonge A, Klomp T, Westerneng M, et al. Pregnancy related anxiety and general anxious or depressed mood and the choice for birth setting: a secondary data-analysis of the DELIVER study. *Bmc Pregnancy and Childbirth* 2016 Nov;16.
26. Pimenta BSO, Nomura RMY, Nakamura MU, Moron AF. Maternal anxiety and fetal movement patterns in late pregnancy. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians* 2016-Jun; 29(12):2008-12.
27. Allison SJ, Stafford J, Anumba DO. The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on foeto-maternal attachment. *BMC Womens Health* 2011; 11:33.
28. Akiki S, Avison WR, Speechley KN, Campbell MK. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *Journal of affective disorders* 2016-May-15; 196:260-7.
29. Broekman BF, Chan YH, Chong YS, Kwek K, Cohen SS, Haley CL, et al. The influence of anxiety and depressive symptoms during pregnancy on birth size. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2014 Mar; 28(2):116-26.
30. Armstrong DS, Hutti MH, Myers J. The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009 Nov-Dec; 38(6):654-66.
31. Groome LJ, Swiber MJ, Bentz LS, Holland SB, Atterbury JL. Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. *J Dev Behav Pediatr* 1995 Dec; 16(6):391-6.
32. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R, Conde A, Teixeira C. Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference. *Early Hum Dev* 2010 Aug; 86(8):479-85.
33. Bann CM, Parker CB, Grobman WA, Willinger M, Simhan HN, Wing DA, et al. Psychometric properties of stress and anxiety measures among nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017; 38(1):53-62.
34. Glazer G. Anxiety levels and concerns among pregnant women. *Res Nurs Health* 1980 Sep; 3(3):107-13.
35. Bijlenga D, Koopmans CM, Birnie E, Mol BW, van der Post JA, Bloemenkamp KW, et al. Health-related quality of life after induction of labor versus expectant monitoring in gestational hypertension or preeclampsia at term. *Hypertens Pregnancy* 2011; 30(3):260-74.
36. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord* 2009 Apr; 114(1-3):232-42.
37. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, Aplin JD, Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2014 Aug; 31(8):631-40.
38. Julian L. Measures of anxiety. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63:S467-72.

## Cuadro de mando integral en la práctica obstétrica

María Isabel Fernández Aranda

Matrona del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Experta Universitaria en Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud, Nutrición en Salud Pública, Seguridad Alimentaria y Educación del Consumidor y Promoción de la Salud en la Comunidad.

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

Fecha de presentación: 25 de marzo de 2019.  
Fecha de aceptación: 3 de noviembre de 2019.

### Cómo citar este artículo:

Fernández Aranda MI. Cuadro de mando integral en la práctica obstétrica. *Matronas hoy*. 2019; 7(3):20-7.

### Resumen

El cuadro de mando integral (CMI) es un instrumento utilizado como técnica de control de gestión en sanidad para ayudar a implementar la estrategia de la organización en todos los procesos que gestiona. Su adopción requiere de una adaptación previa a las especificidades de cada proceso asistencial. En este artículo se analizará la aplicabilidad del CMI al proceso asistencial integrado (PAI) de embarazo, parto y puerperio al objeto de realizar un eficiente seguimiento y control de los principales indicadores de gestión implicados en el mismo. Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de los artículos publicados en español entre enero de 2000 y diciembre de 2018 en las bases de datos: PubMed, Cochrane, MEDES, CUIDEN y Science Direct, y que versen sobre la utilización del cuadro de mando integral en sanidad y específicamente en el servicio de Ginecología-Obstetricia. Se han considerado de interés 27 referencias bibliográficas, aunque solo siete de ellas cumplen con todos los criterios impuestos. Aunque no se han encontrado estudios con aplicaciones específicas al campo de la Ginecología-Obstetricia se encuentra que su aplicación es perfectamente posible, desarrollando un CMI específico para el proceso asistencial del embarazo con 25 indicadores.

**Palabras clave:** cuadro de mando integral; gestión; evaluación; indicadores; matrona.

### Abstract

#### *The Balanced Scorecard in Obstetric Practice*

*The Balanced Scorecard (BSC) is a tool used in healthcare as a management control technique in order to implement the organization strategy in all processes managed. Its implementation requires prior adaptation to the specifics of each patient care process. This article will analyze the applicability of the BSC to the Integrated Healthcare Pathway (IHP) including pregnancy, childbirth and puerperium, with the objective of conducting an efficient follow-up and monitoring of the main management indicators involved. A narrative review was conducted on those articles published in Spanish between January, 2000 and December, 2018, in the following databases: PubMed, Cochrane, MEDES, CUIDEN and Science Direct, dealing with the use of the Balanced Scorecard in healthcare, and specifically in the Gynecology-Obstetrics Unit. Twenty-seven (27) bibliographic references were considered of interest, although only seven of these met all criteria established. Even though no studies were found with specific applications for the Gynecology-Obstetrics area, their application is completely feasible by developing a specific BSC for the healthcare process of pregnancy, with 25 indicators.*

**Key words:** balanced scorecard; management; evaluation; indicators; midwife.

## Introducción

Para gestionar correctamente los procesos sanitarios se hace necesaria la utilización de indicadores para realizar un correcto seguimiento de los resultados, su uso permite tomar las mejores decisiones para reconducir en caso necesario la trayectoria de la organización. El conjunto de indicadores que monitorizan los resultados de la gestión se denomina comúnmente cuadro de mando integral (CMI). Mediante el CMI se puede conocer en qué situación se encuentra la organización para tomar las decisiones correspondientes y hacer frente a desviaciones o imprevistos.

Kaplan y Norton<sup>1</sup> desarrollaron los primeros trabajos sobre el tema considerando el CMI como un instrumento de gestión que aborda la medición y el seguimiento de resultados a partir de un nuevo enfoque y que contribuye a llevar a cabo una mejor implementación de la estrategia. Griffith<sup>2</sup> publica el primer trabajo específico para el sector sanitario, pero no es hasta finales de los años noventa e inicios del presente siglo cuando empieza a generalizarse claramente en el mismo<sup>3,4</sup>. Aidemark<sup>5</sup>, Zelman et al.<sup>6</sup>, Yang et al.<sup>7</sup> y Yap et al.<sup>8</sup> han resaltado el aumento de la utilización del CMI en sanidad caracterizándose por el hecho de que el desempeño hospitalario sea medido por objetivos clave y por la importancia de que las relaciones críticas entre los aspectos financieros, los miembros de la organización, los procedimientos internos y el paciente sean establecidas de acuerdo con la estrategia de la organización. El importante desarrollo experimentado en estos últimos tiempos en este ámbito queda plasmado en los trabajos realizados por Naranjo-Gil<sup>9</sup>, Sánchez et al.<sup>10</sup>, Kollberg<sup>11</sup> y Grigoroudis et al.<sup>12</sup>. En España aparecen en 2002 los primeros artículos publicados sobre la implantación del CMI en el sector sanitario<sup>10</sup>. En uno de los últimos estudios<sup>13</sup> sobre el grado de uso del CMI en los hospitales públicos, en España se constata que el grado de utilización es pequeño. Según este informe el 28% de los hospitales encuestados no utiliza el CMI, y en el 52% de ellos su grado de empleo aún es escaso.

Aunque el cuadro de mando constituye un elemento básico y fundamental para la mejora de la gestión, la mayoría de organizaciones sanitarias no dispone de un conjunto de indicadores significativos, actualizados, fiables y útiles que puedan cumplir esta función. Lo habitual es que se disponga de sistemas de información separados, de actividad asistencial y económica, y una mezcla de resultados dispersos sobre otras funciones o áreas de interés que habitualmente son obtenidos a demanda cuando se precisan. Los primeros informes sobre el CMI en sanidad presentaban indicadores de desempeño estructurados en cuatro áreas: gestión clínica, percepción de los pacientes sobre el hospital, desempeño financiero e integración de sistemas y cambio, y la información se abarcaba a todo el hospital. A partir de 2001, los CMI empezaron a desarrollarse también para servicios específicos (urgencias, cuidados críticos, enfermería) quedando

organizados en las cuatro dimensiones del CMI típicas (perspectivas pacientes, financiera, de los procesos internos y aprendizaje y desarrollo).

Las características distintivas de los centros de salud, hospitales o servicios determinados hacen que en ocasiones no se logre el máximo beneficio de esta herramienta de gestión, por ello es preciso introducir modificaciones en sus indicadores para incluir las especificidades del centro u servicio<sup>14</sup>. Actualmente, dentro de las nuevas estrategias de gestión por procesos, el proceso asistencial integrado (PAI) de embarazo, parto y puerperio (definido como el conjunto de actuaciones realizadas por el equipo multidisciplinar, de distintos ámbitos de actuación, dirigidas a la atención integral de la mujer con diagnóstico positivo de embarazo) se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua que ha contribuido a mejorar los resultados en salud. Esta herramienta incorpora, para las distintas fases que se derivan del recorrido de la mujer gestante, la identificación de los profesionales que intervienen, las actividades que han de realizarse y las principales características de calidad que deben de tener.

En el sistema sanitario andaluz se ha pasado de 25 indicadores en la edición de 2005 a ocho en la de 2014 (primera visita prenatal, cribado combinado del primer trimestre (CC1T), CRIBADO eco20, profilaxis inmunización antiD, episiotomía, cribado de hipoacusia, lactancia materna exclusiva y visita puerperal), a pesar de la mayor o menor eficacia de los hitos actuales para cuantificar este PAI es necesario disponer de mejores métodos de gestión con el objetivo de mejorar la salud de las mujeres gestantes en un contexto de creciente complejidad y recursos escasos. Se integrará, por tanto, las cuatro dimensiones del CMI en el control del PAI para detectar rápidamente si los resultados del proceso están alineados con la estrategia global de la organización y realizar un correcto seguimiento de los mismos.

Con este artículo se propone efectuar una revisión narrativa sobre las principales características y evolución del CMI en el sistema sanitario español para su posterior aplicación al proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio. Además, se desarrollará un CMI específico del PAI de Obstetricia con indicadores representativos.

## Material y método

Para este estudio se ha realizado una revisión narrativa de los artículos publicados en las siguientes bases de datos bibliográficas secundarias en español: PubMed, Cochrane, MEDES, CUIDEN y Science Direct. La estrategia de búsqueda consistió en combinar las palabras claves: cuadro de mando integral, gestión, evaluación e indicadores, añadiendo al filtro posteriormente las palabras "matrona" y "seguimiento resultados". En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores,

para concretar las publicaciones en términos de tecnologías de la información (Tabla 1).

Para realizar la revisión de la bibliografía existente se aplicaron los siguientes criterios de inclusión a los estudios revisados:

- Criterio 1. Informes, estudios, artículos, revisiones sistemáticas publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2018 y que versen sobre la aplicación del CMI a la gestión de servicios sanitarios con referencia solo al sistema sanitario español.
- Criterio 2. Estudios que ofrezcan estadísticas comparativas por el uso del cuadro de mando integral, por tanto, que incluyan palabras como "resultados" o "efectividad" dentro de los apartados de título o resumen.
- Criterio 3. Estudios que ofrezcan resultados cuantificables sobre la aplicación del CMI en PAI específicos.

Se ha optado por seleccionar solo trabajos que se refieran

al sistema sanitario español debido a las evidentes diferencias existentes con los modelos sanitarios anglosajones que están más centrados en la perspectiva financiera por su propia naturaleza.

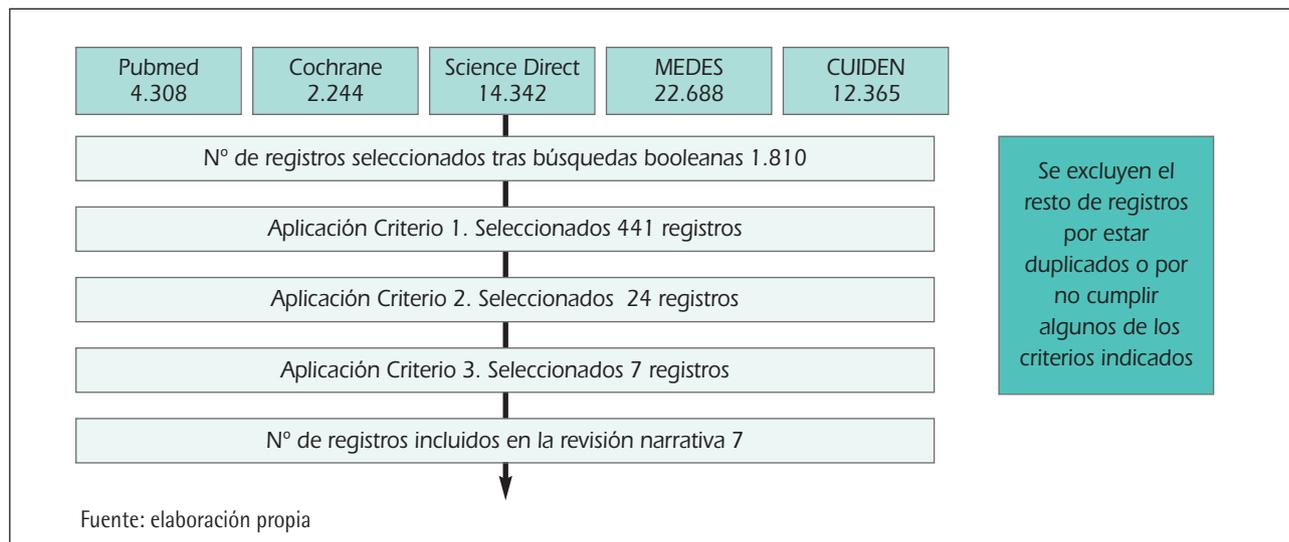
### Resultados

La primera búsqueda generó un total de 55.947 registros distribuidos de la siguiente forma: 4.308 en Pubmed, 2.224 en Cochrane, 22.688 en MEDES, 14.342 en Science Direct y 2.244 en CUIDEN con las palabras claves indicadas. Tras afinarla, aplicando los criterios de inclusión, se seleccionaron un total de 441 referencias cuyos contenidos cumplieran por lo menos uno de los criterios de inclusión. Finalmente se han considerado de interés 24 referencias bibliográficas<sup>9,10,13,15-39</sup> aunque solo siete de ellas<sup>15,19,21,23,27-29,35</sup> cumplen los tres criterios de inclusión. El diagrama de flujo del proceso se representa en la Figura 1 y los resultados en la Tabla 2.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

1ª búsqueda	Cuadro de mando integral				
2ª búsqueda	Gestión				
3ª búsqueda	Evaluación				
4ª búsqueda	Indicadores				
5ª búsqueda	Cuadro de mando integral	and	(resultados or efectividad)		
6ª búsqueda	Cuadro de mando integral	and	(resultados or efectividad)	and	obstetricia
7ª búsqueda	Cuadro de mando integral	and	(resultados or efectividad)	and	ginecologia

Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

Figura 1. Flujo de la búsqueda

Tabla 2. Resultados obtenidos

Nº	Año	Título	Autores	Revistas	Indicadores
1	2002	Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios	Montserrat D, Martínez JR, Alonso M, Meirás O, Franco A, García I, Villanova F, García A	Revista Calidad Asistencial 2002; 17(2):93-8	-
2	2002	Cuadro de mando integral en el ámbito hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia	Oteo Ochoa A, Pérez Torrijos G, Silva Sánchez D	Gestión Hospitalaria 2002; 13(1):9-25	-
3	2003	Selección de indicadores en un hospital a través del modelo de cuadro de mando integral	Urrutia de Hoyos I	Todo Hospital 2003; 197:333-7	-
4	2004	Cuadros de mando: breve historia de su "desempeño"	Musiera-Canclini E, Fernández Muñoz P, Natal C	Revista de Calidad Asistencial 2004; 19(1):38-44	-
5	2004	Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos	Asitier Peña MP, Del Val Pardo I, Cost Carde J, Silvestre Busto MC, Larrayoz Dutrey M, Chivite Izco M, Galíndez A	Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI; 2(3):485-508	-
6	2004	Un análisis de flexibilidad del cuadro de mando integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones	Santos Cebrián M, Fidalgo Cervoño E	Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión jul-dic; 2(4)	-
7	2005	Cuadro de mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear	Ortiz-Berrocal J, Martínez JR, Alonso M, Millán I, Ayuso B, Sáiz A	Revista de Calidad Asistencial; 20(5):239-45	63
8	2005	<i>Application of the balanced Scorecard in Spanish Privado health-care management</i>	Urrutia I, Eriksen SD	Measuring Business Excellence 2005; 9(4):16-26	46
9	2006	El cuadro de mando integral y la gestión del departamento de mantenimiento del hospital	Fernández Abásolo A, Trillo Holgado MA	Harvard Deusto Finanzas y Contabilidad. 2006; 70:74-80	-
10	2006	La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias	Ruiz Muñoz D	Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión 2006; 8:13-32	12
11	2006	Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible	Martínez Pillado M, Seco JM, Suárez A, González Sanjuán R, Vázquez C	Revista de Calidad Asistencial 2006; 21:13-9	25
12	2007	El cuadro de mando integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública	Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Durán J, Artazcos L, et al.	Gac Sanit 2007, 21(1):60-5	-
13	2008	Recomendaciones para la elaboración de un cuadro de mando integral en el laboratorio clínico	Benítez Estévez AJ, Caballé Martín I, Torra Puig M	Revista del Laboratorio Clínico 2008; 1(3):122-32	45
14	2008	CMI aplicado a la gestión del mando intermedio de un centro de día	Mozos M	Todo Hospital 2008; 249:507-15	-

Tabla 2. Resultados obtenidos (continuación)

Nº	Año	Título	Autores	Revistas	Indicadores
15	2009	Cuadro de mando integral en el laboratorio clínico: indicadores de perspectiva interna del negocio	Salinas La Casta M, Flores Pardo E, Uris Selles J	Gaca Sanit 2009; 23(3):250-2	15
16	2009	Reflexión sobre el fin último de la gestión en el sector hospitalario español	Pastor Tejedor J	Gac Sanit 2009; 23(3):148-57	70
17	2009	<i>Strategic performance in hospitals: the use of the Balanced Scorecard by nurse managers</i>	Naranjo Gil D	Health Care Manage Rev 2009; 34(3):161-70	-
18	2010	Aportaciones al desarrollo de un sistema de información en salud pública. Informe SEPAS 2010	García León FJ, Fernández Marino JC	Gac Sanit 2010; 24(1):96-100	-
19	2010	Sistemas de información en salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora	Canela Soler J, Elvira Martínez D, Labordeta Barceló MJ, Loyola Ellizondo E	Med Clin (Barc.). 2010; 134(1):3-9	-
20	2010	El uso del cuadro de mando integral y el presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos	Naranjo Gil D	Gac Sanit 2010; 24(3):220-4	-

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la evolución temporal del número de trabajos publicados sobre el tema se observa una ligera tendencia ascendente a partir de 2002, siendo la *Revista Calidad Asistencial* y *Gaceta Sanitaria* las publicaciones que más trabajos han publicado sobre el tema. La mayor parte de los trabajos provienen de la universidad, aunque los más actuales tienen como protagonistas a trabajadores del propio sistema sanitario.

## Discusión

Se ha realizado una revisión narrativa de los trabajos existentes en el periodo 2000-2016 sobre la aplicación del CMI al sistema sanitario español, encontrando siete artículos que aplican la metodología del CMI a diferentes servicios, aunque ninguno específicamente al de embarazo, parto y puerperio.

En general, la implantación del CMI en el sistema sanitario español va en aumento dado que su disponibilidad permite planificar, gestionar, evaluar y, por tanto, facilitar la toma de decisiones a corto y medio plazo, lo que es una necesidad en el entorno actual en el que se mueve la gestión sanitaria.

En la bibliografía analizada se observa que para aplicar el CMI al entorno sanitario la mayoría de los autores ha trasladado simplemente el modelo implantado en otros sectores

al hospitalario, incluyendo las cuatro perspectivas clásicas del CMI, no se ha adaptado al entorno específico de la gestión de un servicio sanitario o proceso asistencial. Además, han utilizado indicadores ya existentes en cada centro que se encuadran en las distintas perspectivas, solo en los trabajos más actuales se desarrollan los aspectos que afectan al paciente y al aprendizaje y crecimiento.

También se ha encontrado que la adopción de este sistema de control no es solo resultado del escenario sanitario actual, sino que también depende de las características personales de los responsables de la toma de decisiones. En la elaboración del mismo son claves aspectos como el liderazgo directivo, la participación de los usuarios clave de la organización, la validez y fiabilidad de las fuentes de información, la evaluación continua del proyecto y el retorno de las conclusiones a los usuarios para ajustar el proceso de toma de decisiones.

Finalmente en los estudios analizados se encuentra que ante la posibilidad de optar por un CMI centrado en el cliente del servicio sanitario o en el apartado financiero, el modelo centrado en el cliente resulta más equilibrado, más consistente y con una estructura piramidal en la que intervienen todas las demás perspectivas relacionadas y, por ende, sus indicadores.

### Adaptación del CMI en el PAI de atención al embarazo

Aunque no se hayan encontrado trabajos específicos, para el área de obstetricia se ha desarrollado una relación de indicadores, entre estratégicos y específicos, para cada una de las perspectivas existentes del CMI. Los indicadores de salud seleccionados para el PAI de embarazo, parto y puerperio se detallan en la Tabla 3 y mediante ellos se intenta poner en evidencia el trabajo del equipo de profesionales que desarrollan su actividad en diferentes espacios de atención, que conocen el proceso, que tienen conocimientos y capacidad para organizar las actividades e introducir modificaciones con la idea de mejorarlo.

### Limitaciones del estudio

El cuadro de mando integral desarrollado para el PAI de embarazo, parto y puerperio no debe ser tratado como una herramienta validada, ya que carece de validación de contenido, validación aparente, validación de criterio, validación de constructo y análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Los indicadores propuestos se han establecido tras analizar

la bibliografía existente y aplicar la herramienta del cuadro de mando a la rutina del trabajo diario en Atención Primaria y Especializada. La evaluación inicial de los indicadores será subjetiva al no contar con histórico, pero tras su puesta en marcha y ajuste cuantificará fielmente la marcha del proceso.

También como limitación se puede indicar que falta especificar detenidamente para cada uno de los indicadores el periodo de actualización, la metodología a utilizar para su adquisición y tratamiento y su significado, lo cual queda para futuros trabajos debido a la extensión del mismo.

### Conclusiones

La importancia de la actividad obstétrica hace que sea necesario disponer de una visión de conjunto que aglutine las perspectivas económicas, de los procesos internos, de la mujer gestante y los profesionales sanitarios para evaluar la evolución y el alineamiento con la estrategia general del proceso asistencial integrado de atención al embarazo, parto y puerperio.

Tabla 3. CMI del PAT de embarazo, parto y puerperio

Financiera	Coste por mujer gestante Coste por GRD Ingresos operativos/año Solvencia Endeudamiento Eficiencia operativa	Resultado Resultado Financiero Resultado Financiero Resultado
Clientes	Satisfacción de la mujer gestante Número de reclamaciones Número de demandas interpuestas Primera visita prenatal Lactancia materna exclusiva Visita puerperal	Calidad del servicio Calidad del servicio Calidad del servicio Calidad del servicio Calidad del servicio Calidad del servicio
Procesos internos	Cribado combinado 1 <sup>er</sup> trimestre Cribado Eco20 Cribado de hipoacusia Profilaxis inmunización antiD Episotomía Estancia media de la mujer gestante Tasa de reingresos por complicaciones postparto	Servicio Servicio Servicio Servicio Eficiencia Eficiencia Eficiencia
Aprendizaje y crecimiento	Satisfacción Retención Absentismo Horas de formación por trabajador Inversión en proyectos de investigación Inversión en equipamiento y nuevas tecnologías	Recursos Humanos Recursos Humanos Recursos Humanos Recursos Humanos Recursos Humanos Recursos Humanos

Fuente: elaboración propia

El CMI permite identificar los elementos clave a medir para cuantificar la adecuada prestación del servicio a la mujer gestante, dadas las condiciones de eficacia, eficiencia y equidad que se le exige a este proceso asistencia.

La herramienta obtenida consta de 25 indicadores no validados, pero permite tener una visión de conjunto de los procesos internos del PAI para gestionarlo adecuadamente y adaptarlo a las líneas estratégicas de la organización.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de Intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard-measures that drive performance. *Harv Bus Rev.* 1992; 69:71-9.
- Griffith JR. Reengineering healthcare: management systems for survivors. *Hosp Health Serv Adm.* 1994; 39:451-70.
- Chow CW, Ganulin D, Teknika O, Haddad K, Williamson J. The Balanced Scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *J Healthc Manag.* 1998; 43:263-80.
- Pink GH, McKillop I, Schraa EG, Preyra C, Montgomery C, Baker GR. Creating a balanced scorecard for hospital systems. *J Health Care Finance.* 2001; 27:1-20.
- Aidemark L. Balanced Scorecard in Health Care: Experiences from Trials with Balanced Scorecards in Five Country Councils. Workshop on performance measurement and management. Nice 2001; 19-44.
- Zelman W, Pink G, Matthias C. Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *J Health Care Finance.* 2003; 29(4):1-16.
- Yang C, Cheng L, Yang C. A Study of Implementing Balanced Scorecard (BSC) in Non-Profit Organizations: A Case Study of Private Hospital. *Human Systems Management.* 2005; 24(4):285-300.
- Yap C, Siu E, Baker G, Brown A, Lowi-young M. A Comparison of System Wide and Hospital-Specific Performance Measurement Tools. *J. Health Manag.* 2005; 50(4):251-63.
- Naranjo-Gil D. Strategic Performance in Hospitals: The Use of the Balanced Scorecard by Nurse Managers. *Health Care Manage Review.* 2009; 34(3):161-70.
- Sánchez M, Sampedro E, Conde J. El cuadro de mando integral en el sector sanitario español: una revisión analítica de la literatura. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión.* 2011; 17:1-13.
- Kollberg B, Elg M. The Practice of the Balanced Scorecard in Health Care Services. *International Journal of Productivity and Performance.* 2011; 60(5):427-45.
- Grigoroudis E, Orfanoudaki E, Zopounidis C. Strategic performance measurement in a healthcare organisation: a multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega.* 2011; 40(1):104-19.
- Naranjo D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gac Sanit.* 2010; 24(3):220-4.
- Zelman WN, Pink GH, Matthias CB. Use of balanced scorecard in health care. *J Health Care Finance.* 2003; 29(4):1-16.
- Montserrat D, Martínez JR, Alonso M, Meirás O, Franco A, García I, et al. Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios. *Revista Calidad Asistencial.* 2002; 17(2):93-8.
- Oteo Ochoa A, Pérez Torrijos G, Silva Sánchez D. Cuadro de Mando integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. *Gestión Hospitalaria.* 2002; 13(1):9-25.
- Urrutia de Hoyos I. Selección de indicadores en un hospital a través del modelo de Cuadro de Mando Integral. *Todo Hospital.* 2003; 197:333-7.
- Muslera-Canclini E, Fernández-Muñoz P, Natal C. Cuadros de mando: breve historia de su "desempeño". *Revista de Calidad Asistencial.* 2004; 19(1):38-44.
- Astier Peña MP, De Val Pardo I, Gost Garde J, Silvestre Busto MC, Larrayoz Dutrey M, Chivite Izco M, et al. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI.* 2004; 2(3):485508.
- Santos Cebrián M, Fidalgo Cerviño E. Un análisis de la flexibilidad del Cuadro de Mando Integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión.* 2004; 4:23-8.
- Ortiz-Berrocal J, Martínez JR, Alonso M, Millán I, Ayuso B, Sáinz A. Cuadro de mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear. *Revista de Calidad Asistencial.* 2005; 20(5):239-45.
- Urrutia I, Eriksen SD. Application of the Balanced Scorecard in Spanish Privado health-care management. *Measuring Business Excellence.* 2005; 9(4):16-26.
- Fernández Abásolo A, Trillo Holgado MA. El Cuadro de Mando Integral y la gestión del departamento de mantenimiento de un hospital. *Harvard Deusto Finanzas y Contabilidad.* 2006; 70:74-80.

24. Ruiz Muñoz D. La aplicación del Cuadro de Mando Integral en organizaciones sanitarias. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*. 2006; 8:13-32.
25. Martínez-Pillado M, Seco JM, Suárez A, González-Sanjuán R, Vázquez C. Hacia el Cuadro de Mando Integral por el Cuadro de Mando posible. *Revista de Calidad Asistencial*. 2006; 21:139.
26. Villalbi J, Guix J, Casas C, Borrell C, Durán J, Artazcoz L, et al. El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gac Sanit*. 2007; 21(1):60-5.
27. Benítez Estévez AJ, Caballé Martín I, Torra Puig M. Recomendaciones para la elaboración de un Cuadro de Mando Integral en el laboratorio clínico. *Revista del Laboratorio Clínico*. 2008; 1(3):12232.
28. Mozos M. CMI aplicado a la gestión del mando intermedio en un centro de día. *Todo Hospital*. 2008; 249:507-15.
29. Salinas La Casta M, Flores Pardo E, Uris Selles J. Cuadro de Mando Integral en el laboratorio clínico: indicadores de perspectiva interna del negocio. *Gac Sanit*. 2009; 23(3):250-2.
30. Pastor Tejedor J. Reflexión sobre el fin último de la gestión en el sector hospitalario español. *Gac Sanit*. 2009; 23(2):148-57.
31. García León FJ, Fernández Marino JC. Aportaciones al desarrollo de un sistema de información en salud pública. *Informe SEPAS* 2010. *Gac Sanit*. 2010; 24(1):96-100.
32. Canela Soler J, Elvira-Martínez D, Labordeta Barceló MJ, Loyola Elizondo E. Sistemas de información en salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Med Clin*. 2010; 134(1):3-9.
33. González Sánchez MB, López-Valeiras Sampedro E, Gómez Conde J. El cuadro de mando integral en el sector sanitario español: una revisión analítica de la literatura. *RIGC*. 2011; 9(17):1-13.
34. Bisbe J, Barrubés J. El cuadro de mando integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(19):919-27.
35. Gutiérrez López C, Mauriz JL, Culebras J. El cuadro de mando integral como instrumento de gestión en la nutrición clínica. *Nutr Hosp*. 2015; 32(1):403-10.
36. Sánchez Álvarez M. El cuadro de mando integral: herramienta clave para la visibilidad de los cuidados enfermeros. *Biblioteca Las casas*. 2015; 11(2).
37. Bartolomé Benito E, Jiménez Carramiñana J, Sánchez Perruca I, Bartolomé Casado MS, Domínguez Mandueño AB, Martí Argandoña M, et al. Desarrollo y evolución de un cuadro de mando integral en atención primaria: lecciones aprendidas. *Revista de Calidad Asistencial* 2017; 32(1):40-9.
38. Bernardo M, De dios C, Pérez V, Ignacio E, Serrano M, Vieta E, et al. Indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes con depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Estudio de consenso. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2018; 11(2):66-75.
39. Ramón Jerónimo JM, Flórez López R, Domínguez lario N. Utilidad del presupuesto y del cuadro de mando integral en la gestión de centros de atención primaria. Impacto sobre la motivación del personal. *Aten Primaria* 2018; 50(3):166-75.



Porque el 2020 sea el mejor año de vuestra carrera .

*Asociación Española de Matronas*



<sup>1</sup> Elena Fernández-García  
<sup>2</sup> Ana Fernández-García  
<sup>3</sup> María Jesús Gutiérrez-Martín  
<sup>4</sup> Laura García-Calvo  
<sup>5</sup> Soraya Varona-Iglesias  
<sup>6</sup> Yolanda Del Campo-Sanz

## El papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas durante el periodo de preconcepción y antenatal

<sup>1</sup> *Matrona. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*  
<sup>2</sup> *Médico Interno Residente Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*  
<sup>3</sup> *Tutora Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas de Valladolid-Segovia. Matrona. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

<sup>4</sup> *Médico Interno Residente Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*  
<sup>5</sup> *Matrona. Hospital de Laredo. Cantabria.*  
<sup>6</sup> *Matrona. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2019.

Fecha de aceptación 18 de noviembre de 2019.

### Cómo citar este artículo:

Fernández-García E, Fernández-García A, Gutiérrez-Martín MJ, García-Calvo L, Varona-Iglesias S, Del Campo-Sanz Y. El papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas durante el periodo de preconcepción y antenatal. *Matronas hoy* 2019; 7(3):29-40.

### Resumen

**Introducción:** las tasas de mortalidad perinatal son indicadores cruciales del bienestar de la salud pública de un país, ya que revelan la efectividad de las estrategias de atención sanitaria establecidas. Hay tasas de variación injustificadas en las muertes fetales en embarazos de bajo riesgo en toda Europa, lo que indica que es posible disminuir el número de muertes fetales prenatales.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio sistemático es examinar las intervenciones realizadas exclusivamente por las matronas para la prevención de muertes fetales durante el periodo preconcepcional y antenatal de las mujeres.

**Métodos de investigación:** se realizó una revisión sistemática tradicional de la literatura disponible, para analizar la investigación más reciente sobre el papel de la matrona relacionado con la prevención de la muerte fetal durante los periodos preconcepción y prenatal en mujeres. La estrategia de investigación PEO se ha utilizado para esta revisión tradicional de la literatura debido a su naturaleza cualitativa.

**Resultados:** el papel de la matrona en la salud pública y su práctica basada en evidencia científica es clave para reducir las muertes fetales. Las matronas han de conocer, adaptarse y responder a las necesidades y deseos individuales de las mujeres y sus familias porque la preconcepción y la salud prenatal son periodos cruciales para garantizar un buen estado de salud a lo largo de la vida. El enfoque multifacético de intervenciones que realizan las matronas basadas en evidencia científica son reconocidas por las principales organizaciones de salud mundiales.

Esta evidencia demuestra que las intervenciones llevadas a cabo exclusivamente por matronas son coste-efectivas y con grandes beneficios para la salud materno-fetal. Estas se han de realizar antes y durante el embarazo e incluyen: programas de detección personalizados, reducción de la obesidad, abandono de tabaco y tóxicos, educación en el reconocimiento de la reducción del movimiento fetal, incentivar a las mujeres a dormir en decúbito lateral a partir de las 28 semanas e identificar correctamente la restricción del crecimiento fetal a través de la medición de la altura uterina en consultas de control del embarazo rutinarias.

**Conclusión y recomendaciones:** después de revisar la literatura se concluye que el cuidado de la matrona tiene un gran impacto en la prevención y reducción de las muertes fetales. Las matronas tienen una posición privilegiada para educar, empoderar y apoyar a las mujeres para que modifiquen sus hábitos de salud: aplicando la mejor práctica basada en la evidencia en la atención a las mujeres y neonatos. Sin embargo, en el Reino Unido y España se han identificado barreras como la escasez nacional de matronas y la falta de continuidad de la atención a la mujer por un mismo profesional ("cuidado en dominó"). Ambas características son clave para mejorar la salud de las mujeres y los bebés al brindar atención personalizada y fomentar su capacidad de tomar decisiones informadas. Desde una perspectiva internacional se necesita un fuerte liderazgo para acabar con las muertes intraútero. Las matronas tienen que llevar a cabo auditorías y diseñar pautas/protocolos claros y específicos de matronas basados en evidencia científica para promover embarazos saludables y seguros.

**Palabras clave:** muertes intraútero; matrona; intervenciones matrona; papel de la matrona.

**Abstract**

The role of the midwife in preventing intrauterine deaths during the preconception and prenatal period

**Introduction:** perinatal mortality rates are critical wellbeing indicators of the public health of a country, because they reveal the effectiveness of the healthcare strategies implemented. There are unjustified variation rates in fetal deaths for low-risk pregnancies throughout Europe, showing that it is possible to reduce the number of prenatal fetal deaths.

**Objectives:** the objective of this systematic study is to review those interventions conducted solely and exclusively by midwives for the prevention of fetal deaths during the preconception and prenatal period of women.

**Methods of Research:** a traditional systematic review was conducted on the literature available, in order to analyze the most recent research about the role of the midwife in association with the prevention of fetal death during the preconception and prenatal periods of women. The PEO research strategy was used for this traditional review of literature, due to its qualitative nature.

**Results:** the role of the midwife in public health, and their practice based on scientific evidence, is a key factor to reduce fatal deaths. Midwives must be aware, adapt and respond to the individual needs and wishes of the women and their families, because preconception and prenatal health are critical periods to ensure good health throughout their lives. The multifaceted approach of the interventions conducted by midwives based on scientific evidence is acknowledged by the main health organizations at world level. This evidence demonstrates

that interventions conducted exclusively by nurses are cost-effective, and provide major benefits for the health of mother and fetus. They must be conducted before and during pregnancy, and include: personalized screening programs, reduction of obesity, tobacco and toxic substance cessation, education for acknowledging any reduction in fetal movement, encouraging women to sleep in lateral decubitus position from the 28th week onwards, and adequate detection of any restriction in fetal growth by measuring the uterine height in routine visits for pregnancy monitoring.

**Conclusion and recommendations:** after the literature review, the conclusion was that midwife care has a great impact on the prevention and reduction of fetal deaths. Midwives have a privileged position in order to educate, empower and support women to modify their health habits: applying the best evidence-based practice in care for women and newborns. However, some barriers have been identified in the United Kingdom and Spain, such as the national shortage of midwives and the lack of continuity in care for the woman by the same professional ("domino care"). Both are key characteristics in order to improve the health of women and babies, by offering personalized care and encouraging their ability to make informed decisions. From an international point of view, strong leadership is required in order to eradicate intrauterine deaths. Midwives must conduct audits and design clear and specific guidelines/protocols for midwives based on scientific evidence in order to promote healthy and safe pregnancies.

**Key words:** intrauterine deaths; midwife; midwife interventions; the role of the midwife.

**Introducción**

Esta revisión de la literatura científica explora el papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas en embarazos de bajo riesgo en el Reino Unido y España, para lo cual se examinaron los elementos clave de la atención de la matrona basados en la evidencia científica más actual, estudiando sus ventajas y aplicaciones. Dado que las causas de muerte intrauterina son numerosas, y desconocidas en la mayoría de los casos, la revisión se centra estrictamente en las intervenciones proporcionadas por estos profesionales para prevenir las muertes durante el cuidado de las mujeres y sus bebés de bajo riesgo. Las recomendaciones principales del informe "The Saving Babies' Lives: A care bundle for reducing stillbirths"<sup>1</sup> se adaptan y estudian en este trabajo para analizar el importante papel de la matrona en el área de la salud pública, se resumen en la importancia de la aten-

ción continua suministrada por la misma matrona o grupo de matronas, la relación matrona-mujer y la elección informada de la mujer a través de una participación activa en su cuidado<sup>2,3</sup>.

**Epidemiología y alcance del problema**

En 2015 hubo 2,6 millones de muertes intrauterinas en todo el mundo<sup>4</sup>. En el Reino Unido, el número de nacimientos vivos anuales ascendió a 777.000 y uno de cada 200 nacimientos fue una muerte intrauterina<sup>5</sup>. Esto significa que 11 bebés nacieron muertos a diario en el Reino Unido<sup>6</sup>. A pesar de que la mayoría de las muertes fetales son prevenibles, especialmente durante el tercer trimestre del embarazo, solo ha habido una disminución mínima en el número de mortinatos en el Reino Unido<sup>7</sup>. El número disminuyó de 3.284 en 2013 a 3.254 mortinatos en 2014<sup>8</sup>. En España, el

número de nacidos vivos en 2016 fue de 410.583, siendo las muertes fetales aquellas en las que la edad gestacional del feto era 28 semanas o más, 1.091, uno de cada 376 nacimientos<sup>9</sup>, aunque algunos autores sugieren que estas cifras podrían estar infradeclaradas<sup>10</sup>.

El 98% de las muertes fetales mundiales ocurre en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. La mitad de ellas tienen lugar durante el parto de gestaciones a término<sup>4</sup>. Sin embargo, en países desarrollados como el Reino Unido y España la mayoría de las muertes fetales suceden durante el embarazo, y afectan particularmente a mujeres y familias de bajo nivel socioeconómico o de grupos étnicos minoritarios<sup>11</sup>. Los factores de salud pública que contribuyen a las muertes fetales son la edad materna, la obesidad, la etnia, la privación social, el consumo de drogas y alcohol y el tabaquismo<sup>12</sup>.

De enero a diciembre de 2014, en los hospitales del Reino Unido hubo variaciones injustificadas en las tasas de muertes fetales de 4,9 a 7,1 muertes por cada 1.000 nacimientos<sup>13</sup>. En el Noroeste de Inglaterra, dentro de las zonas desfavorecidas, tenían tasas de muertes fetales al menos un 10% más altas que la media nacional<sup>11</sup>. Las mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas en los países de ingresos altos tienen el doble de posibilidades de tener un hijo muerto en comparación con las mujeres más favorecidas<sup>14</sup>. Esto indica que es posible reducir las muertes fetales mejorando la educación sanitaria y las condiciones de vida de las mujeres<sup>15</sup>.

## Objetivos

### Objetivo general

El objetivo de esta revisión sistemática es revisar las intervenciones realizadas exclusivamente por matronas para la prevención de muertes fetales durante el periodo preconcepcional y antenatal de las mujeres.

### Objetivos específicos

- Prevenir y reducir las muertes intrauterinas con intervenciones coste-efectivas.
- Demostrar la importancia de la matrona en el cuidado de los embarazos de bajo riesgo.
- Señalar la importancia de la matrona en el cuidado de los embarazos de alto riesgo dentro del equipo multidisciplinar.
- Aplicar unos cuidados de salud de calidad en la mujer y en sus recién nacidos según la medicina basada en la evidencia más actual.
- Promover el cuidado personalizado mediante la continuidad asistencial por la misma matrona o grupo de matronas.

- Reconocer el importante papel de la matrona en educación para la salud.
- Demostrar la importancia de crear y desarrollar protocolos actualizados.
- Llamar la atención de políticos y gestores sanitarios para aumentar el número de matronas y respetar sus competencias profesionales establecidas en la Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo<sup>16</sup>.

## Método

Se llevó a cabo una revisión narrativa científica tradicional disponible, para investigar en profundidad el papel de la matrona en las muertes intrauterinas que se producen en los embarazos de bajo riesgo, basándose en intervenciones desarrolladas tan solo por matronas durante el cuidado preconcepcional y prenatal de la mujer.

Para centrarse en el tema principal se desarrolló la estrategia PEO (Cuadro 1) por ser la más recomendada en revisiones de literatura<sup>17</sup>. La siguiente pregunta fue formulada como *research topic*: "What is the midwife's role and the interventions for the prevention of stillbirths in low risk pregnancies during the preconception and antenatal period in Spain and in the United Kingdom? (¿Cuál es el rol de la matrona y las intervenciones para la prevención de muertes intrauterinas en embarazos de bajo riesgo durante el periodo preconcepcional y antenatal en España y el Reino Unido?).

Cuadro 1. Estrategia PEO		
<b>P</b>	<b>Population and their problems</b>	Women OR women OR pregnancy OR pregnant OR Service user
<b>E</b>	<b>Exposure</b>	Stillbirths prevention, Preconception, antenatal, health disadvantages, poverty
<b>O</b>	<b>Outcomes or themes</b>	Health promotion, midwifery role, midwife, midwifery care, education, continuity of care, informed-choice, Europe, risk, low-cost effective interventions Scans, screening program, vitamins, minerals, Sexually Transmitted Infections (STIs), immunizations, health promotion, vulnerable, obesity, alcohol, smoking, cessation, fetal growth restriction and reduced fetal movements, Induction of labour, caesarean section, placenta, fundal height measurement, Doppler, BMI, high-income country, placental

Se utilizaron palabras y sinónimos clave para identificar la literatura pertinente, centrándose en el tema y aislándolo del material irrelevante (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Sinónimos clave**

<b>Keywords</b>	<b>Synonyms</b>
<b>Stillbirths</b>	<i>Death of a baby Dead baby Dead fetus Intrauterine death</i>
<b>Preconception</b>	<i>Before conception</i>
<b>Antenatal</b>	<i>Prenatal During pregnancy Before birth Pregnancy Pre-birth</i>
<b>Interventions</b>	<i>Techniques Methods Systems Practices Procedures</i>
<b>Role</b>	<i>Duty Responsibility Accountability</i>
<b>Disadvantages</b>	<i>Difficulties Inequalities</i>
<b>Education</b>	<i>Teaching Instruction Coaching Training</i>
<b>Pregnancy</b>	<i>Gravity Gestation</i>
<b>Prevention</b>	<i>Anticipation</i>

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de documentos sobre prevención de muertes intrauterinas. Para ampliar la investigación se utilizaron las siguientes herramientas de búsqueda científica: Discovery, Science Direct, PubMed, The Lancet, Wiley Online Library Database y Google Scholar. Además, se realizó una búsqueda manual para ampliar los resultados.

Las fuentes utilizadas fueron: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), The Nursing and Midwifery Council (NMC), The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), The Royal College of Midwives (RCM), Mothers and Babies: Reducing Risk through Auditorías y consultas confidenciales en todo el Reino Unido (MBRRA-

CE-UK) y publicaciones gubernamentales del departamento de salud pública del Reino Unido (DOH), así como el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Mediante el empleo de las bases de datos mencionadas se amplió con una segunda búsqueda bibliográfica que, debido a la gran cantidad de información existente en relación con este tema, solo incluyó los documentos que enfatizaban la prevención de muertes intraútero en embarazos de bajo riesgo y específicamente durante el periodo preconcepcional y prenatal.

Por último, la etapa final de la investigación se centró en intervenciones que ayudan a prevenir las muertes intrauterinas relacionadas con el papel de la matrona (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Revisiones bibliográficas**

<b>First literature review terms</b>	<i>Stillbirth, prevention, midwifery care, UK, Europe, worldwide, preconception and antenatal periods, low-risk pregnancies, statistics, causation, prevention, high-income countries</i>
<b>Second literature review terms</b>	<i>Singleton pregnancies, normal formed, scans, screening, vitamins, minerals, sexually transmitted infections (STIs), immunizations, health promotion, vulnerable, obesity, BMI, placental, alcohol, smoking, cessation, fetal growth restriction and reduced fetal movements</i>
<b>Third literature review terms</b>	<i>Low-cost effective interventions, women, poverty, health disadvantages, midwives, health promotion, midwifery role, education, continuity of care, informed-choice, Induction of labour, multiparous, nulliparous, caesarean section, placenta, fundal height measurement, doppler, long-term implications</i>

## Resultados

En general se ha producido una reducción significativa del número de muertes maternas e infantiles en todo el mundo, y la calidad y los resultados de los servicios de maternidad del Reino Unido y España han mejorado en la última década a pesar del creciente número de gestaciones de riesgo (edad maternal más elevada, mayor obesidad, etc.)<sup>18,19</sup>.

Sin embargo, la tasa de progreso en la reducción de muertes fetales en el Reino Unido se clasifica como inaceptablemente

lenta en los países de ingresos altos, con solo una tasa de reducción anual del 1,4% en comparación con el 6,8% en los Países Bajos<sup>20,21</sup>. Estudios en los Países Bajos y Dinamarca sugirieron que las nuevas políticas de detección de anomalías congénitas podrían disminuir de muertes fetales<sup>22,23</sup>. Aunque las menores tasas de muertes fetales de estos países podrían ser el resultado de otras políticas como conducir a un mejor cuidado antenatal y postnatal y contribuir fuertemente a los programas educativos para matronas con el objetivo de mejorar la detección de la restricción del crecimiento fetal y el uso de ácido fólico para frenar la incidencia de cardiopatías congénitas<sup>24,25</sup>.

El Reino Unido ha realizado cambios similares a países pioneros como Dinamarca y los Países Bajos, pero la tasa de muertes fetales sigue siendo alta en comparación. Algunos autores afirmaron que ecografías adicionales serían beneficiosos, y argumentaron que en muchos países europeos hay una exploración rutinaria del tercer trimestre para identificar la insuficiencia de placenta<sup>12,26</sup>. En el Reino Unido, NICE<sup>27</sup> recomienda solo dos ecografías: a las 12 y 20 semanas. En España la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) aconseja la realización de tres controles ecográficos, las dos mencionadas y una ecografía en el tercer trimestre, entre la semana 34 y la 36+6<sup>28</sup>.

Tras un estudio de los beneficios de introducir la ecografía del tercer trimestre en el Hospital Universitario King's College (Londres), las tasas de muertes fetales de este hospital fueron un 10% más bajas en comparación con los hospitales de tamaño y características similares, lo que podría indicar la eficacia de una ecografía rutinaria del tercer trimestre<sup>29</sup>.

Por otro lado, otros autores consideran que la ecografía adicional del tercer trimestre es innecesaria porque las muertes fetales intraútero que se producen en casos de restricción del crecimiento intrauterino pueden detectarse también con una correcta medida de la altura uterina<sup>12,30</sup>. Es importante recalcar que en una de cada tres muertes fetales en embarazos de bajo riesgo no está asociada con ninguna condición de salud fetal ni maternal<sup>31</sup>. Por lo tanto, esta área precisa de más estudios para valorar los beneficios potenciales de la ecografía del tercer trimestre, antes de instaurarla de manera rutinaria en gestaciones de bajo riesgo sin estar demostrada su evidencia científica.

### Investigación de muertes fetales en el ámbito internacional y nacional

En casi una de cada tres muertes fetales, la causa es desconocida y se clasifica como "inexplicable", por lo que es esencial invertir más en investigación en esta área<sup>32</sup> (Figura 1).

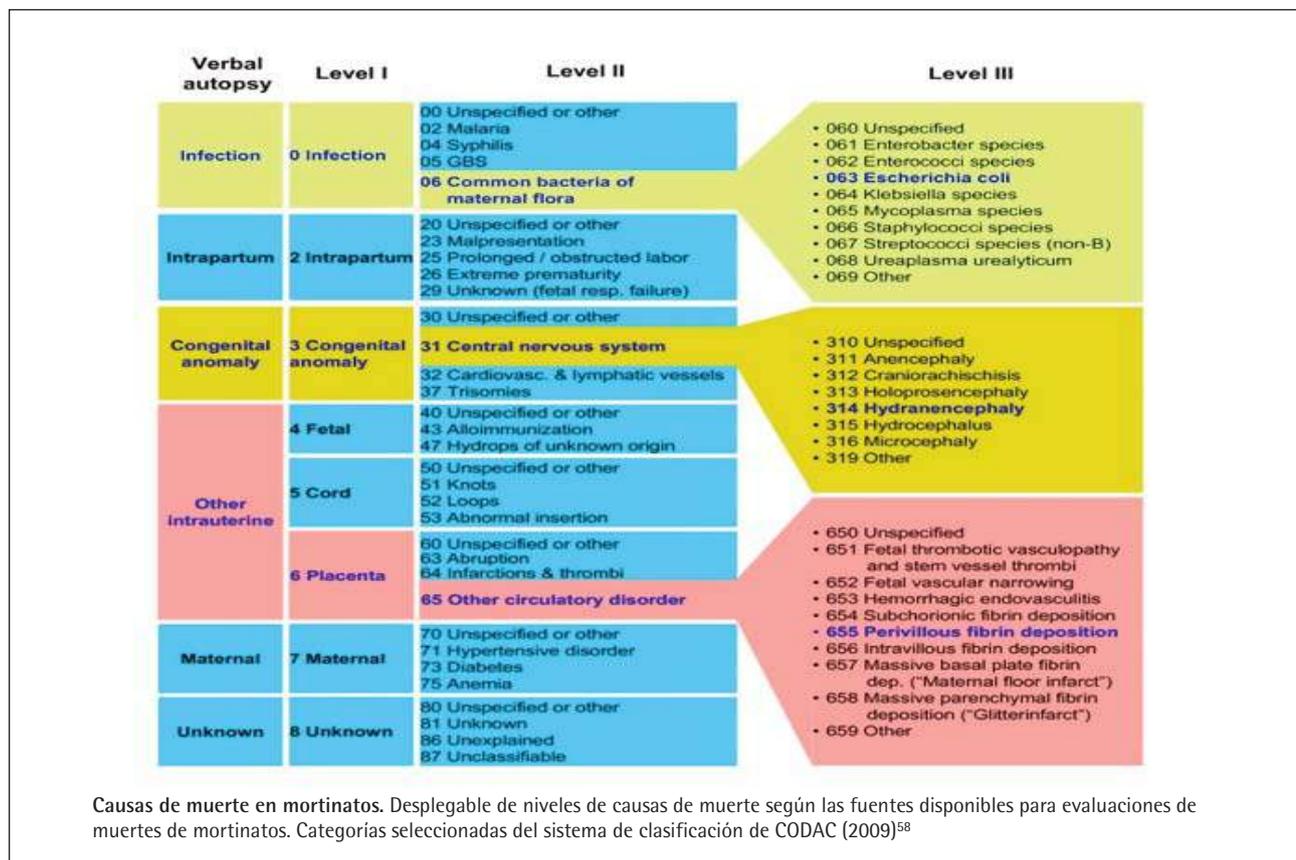


Figura 1. Causas de muerte de mortinatos

La evidencia de las causas de muertes fetales es bastante difusa, principalmente porque en el ámbito mundial hay múltiples definiciones de lo que constituye una muerte fetal<sup>33</sup>. En el Reino Unido, MBBRACE-UK<sup>34</sup> define la muerte intraútero como feto de 24 semanas de edad gestacional o después de las 24 semanas de edad gestacional sin signos de vida, independientemente de cuándo ocurrió la muerte. Desde una perspectiva internacional, una muerte fetal se define como un feto nacido sin signos de vida a las 28 semanas de gestación o después de 28 semanas de gestación<sup>4</sup>. Además, entre las naciones europeas más desarrolladas hay variaciones importantes en el momento en que se documentan las pérdidas fetales, por ejemplo, 16 semanas en los Países Bajos y 28 semanas en Suecia<sup>35</sup>. En España existe la obligación de inscribir el nacimiento en el registro civil por encima de los 180 días, pero aproximadamente en el 13,9% de estas inscripciones la edad gestacional no consta, lo que supone un problema para calcular la tasa de mortalidad en este país<sup>36</sup> (Figura 2).

Las últimas investigaciones consideran que podría ser beneficioso universalizar normas específicas para comprender mejor la etiología de la muerte fetal, como por ejemplo, la implementación de una definición mundial común, mejoras en la recopilación de datos y una clasificación universal de las muertes fetales en lugar de 35 diferentes que hay actualmente<sup>14</sup>. Estos elementos son los obstáculos más im-

portantes para el metanálisis y la comprensión de la causalidad de las muertes fetales<sup>33</sup>.

Además, la serie de Lancet<sup>21</sup> reconoce algunas acciones clave para la reducción de las muertes fetales como: liderazgo más adecuado, escuchar las voces de las mujeres, intervenciones consensuadas científicamente, mejores indicadores para el monitoreo del progreso y disminuir las brechas cruciales de conocimiento entre profesionales. Las muertes fetales son un problema invisible de salud pública y si formase parte de los objetivos de Desarrollo Estratégico de las Naciones Unidas se crearía conciencia<sup>37</sup>. Además, es necesario invertir en el desarrollo de la investigación de las muertes para prevenir que sigan sucediendo y mejorar la salud físico-mental de las mujeres para obtener mayores beneficios socioeconómicos<sup>21</sup>.

En 2015, el Secretario de Estado del Reino Unido fijó un objetivo nacional clave, que consiste en reducir las muertes fetales en un 50% para 2030. Para conseguir este objetivo, se desarrolló la iniciativa mencionada antes, *The Saving Babies' Lives: A care bundle for reducing stillbirths*<sup>1</sup> y fue diseñada para apoyar especialmente a las matronas y a otros profesionales de la salud para tomar medidas efectivas para reducir las muertes intraútero. Este documento resume que hay cuatro elementos clave en la atención de las mujeres basados en las mejores prácticas basadas en evidencia para reducir las muertes fetales prevenibles: eliminar el taba-

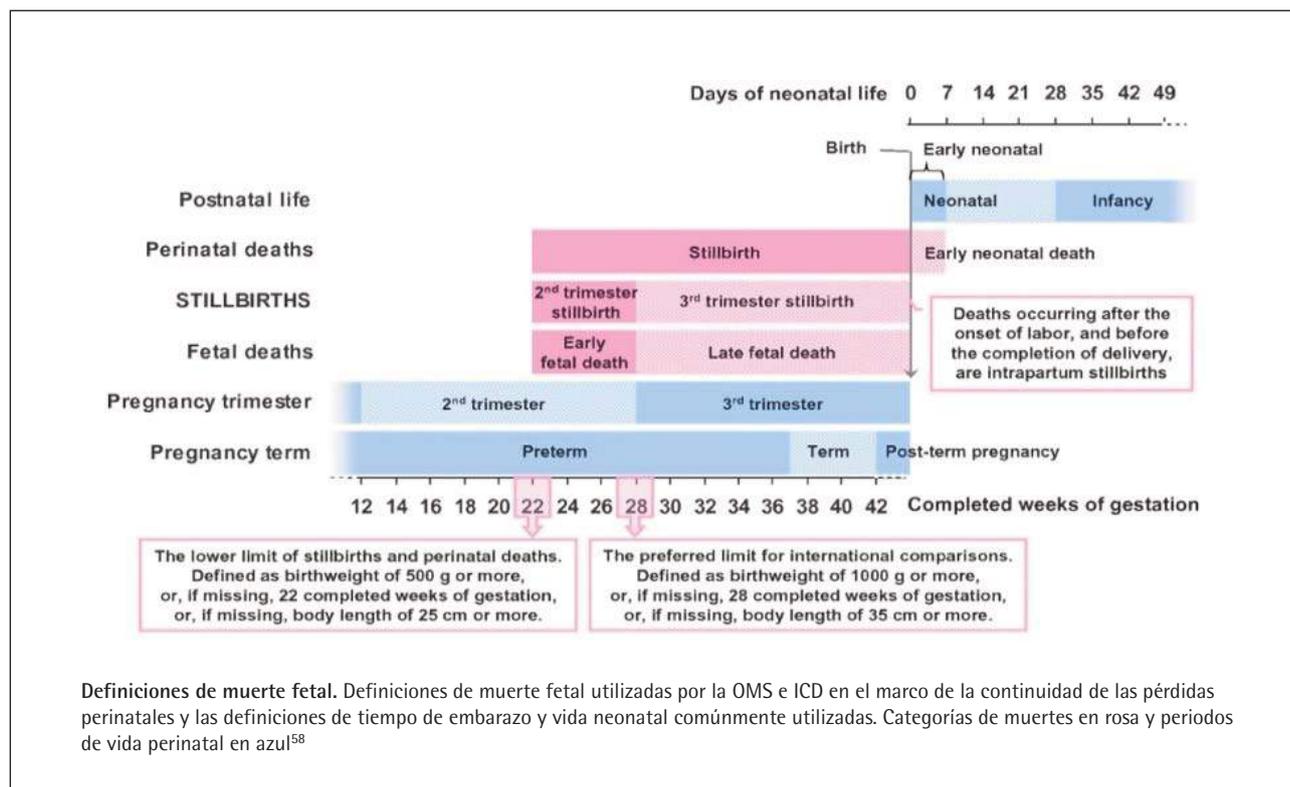


Figura 2. Definiciones de muerte fetal

quismo durante el embarazo, monitorizar el crecimiento fetal a través de una correcta medición uterina, educar a las mujeres en identificación temprana de la disminución de los movimientos fetales y monitorizar a los fetos eficazmente durante el parto.

Desde la implementación de *The Saving Babies' Lives: A care bundle for reducing stillbirths* en 2016<sup>1</sup>, el Hospital George Eliot (Nuneaton, Warwickshire) ha reducido drásticamente las tasas de mortinato<sup>12</sup>. Estudios recientes como MiNESS (estudio de muertes fetales en el noroeste y centro de Inglaterra) han añadido en las últimas recomendaciones la importancia de dormir de lado, ya sea el derecho o el izquierdo durante el tercer trimestre<sup>38</sup>. Si todas las mujeres embarazadas en el Reino Unido durmieran en decúbito lateral durante el tercer trimestre, MiNESS estima una disminución del 3,7% en las muertes perinatales, salvando alrededor de 130 vidas de bebés al año. En el ámbito internacional, esta recomendación tiene el potencial de salvar hasta 100.000 bebés al año.

### Prevenir las muertes intrauterinas y el papel de la matrona

Existe un consenso cada vez mayor entre los profesionales de la salud y la sociedad en que la atención de las matronas contribuye muy beneficiosamente y mejora la calidad de los servicios obstétricos y neonatales<sup>39</sup>. Se demuestra continuamente que las matronas son una parte fundamental y clave en los equipos obstétricos y su participación en los equipos multidisciplinares es esencial para reducir las muertes fetales durante el periodo de preconcepción y antenatal<sup>14</sup>. Las intervenciones esenciales para cuidar de la salud reproductiva, materna y neonatal en embarazos de bajo riesgo son competencias básicas y específicas de las matronas<sup>40</sup>. Es importante destacar que en algunas publicaciones la figura de la matrona antiguamente era invisible porque la mayoría de las intervenciones para reducir las muertes fetales se atribuían exclusivamente a los obstetras<sup>41</sup>. La serie Lancet *"Ending Preventable Stillbirths"*<sup>42</sup> destaca las contribuciones que las matronas pueden hacer en la prevención de muertes fetales, como por ejemplo, incentivar la participación de las mujeres en los servicios de maternidad, mejorar la recopilación de datos hospitalarios y comunitarios, aumentar el liderazgo de la práctica e intervenciones efectivas de matronería colaborando en equipos multidisciplinares y participando en la investigación local.

En el Reino Unido y España hay matronas altamente cualificadas y con competencias muy desarrolladas, pero las tasas de muertes fetales están disminuyendo lentamente y no como se esperaba. El gobierno necesita tomar medidas urgentes en los sistemas nacionales de salud para garantizar niveles mínimos de personal de matronas y organizar en el ámbito nacional protocolos para garantizar una atención de calidad para prevenir las muertes intrauterinas<sup>42,43</sup>. Las

maternidades no cuentan con el mismo número de efectivos las 24 horas del día ni todos los días del año, habiéndose demostrado que en los momentos en los que se cuenta con menos personal, el riesgo de muerte perinatal se incrementa un 45%<sup>44</sup>. El Colegio de Matronas del Reino Unido<sup>45</sup> ha pedido que el gobierno forme a 2.600 matronas más en el ámbito nacional, ya que la escasez afecta la calidad y la seguridad de muchas mujeres y sus bebés.

Aun con todo, la desproporción en relación con el número de matronas es significativa entre Inglaterra (24.391 cifra el NHS en 2018) (59) frente a menos de 9.000 matronas trabajando para el Sistema Nacional de Salud en España (60); en cifras globales, en el Reino Unido se contaban 33.650.000 mujeres (61) frente a las 23.926.770 mujeres de España (62) en el mismo periodo. En relación a la asistencia a la maternidad, en el Reino Unido se computaron 734.711 nacimientos (63) frente a los 370.000 habidos en España en 2018 (64).

La oferta formativa en España sigue siendo muy baja para cubrir la plantilla que cubra las necesidades: este año 2020 a pesar de un significativo incremento de 122 nuevas plazas de formación ofertadas, el número total es de 401 (65).

Recientes estudios de investigación mundial y europea consideran que la incorporación de matronas con educación universitaria, habilidades y capacitación apropiadas en equipos multidisciplinares es imprescindible para reducir la morbilidad de la mujer y su feto durante el periodo preconcepcional y prenatal<sup>41,14</sup>. La evidencia científica actual está constantemente señalando la necesidad de invertir en el cuidado de la matrona para asegurar una mejora de la salud en la población, especialmente durante los periodos de preconcepción y embarazo<sup>47</sup>. La comunicación y relación entre la mujer y la matrona durante estos dos periodos es clave, porque las matronas tienen un contacto más directo y personal con las mujeres; esto sitúa a las matronas en un lugar privilegiado para atender las necesidades individuales de cada mujer y adaptarlas a su entorno, por lo que sería posible salvar miles de vidas maternas y fetales<sup>4,37</sup>.

### Discusión

La matronería es una profesión que tradicionalmente ha sido vista como una ayudante sanitaria ligada únicamente al parto. Hay evidencia clara de que las matronas contribuyen en la mejora y prevención de la mortalidad y morbilidad de la salud materna y del recién nacido, antes, durante y después del parto<sup>4</sup>.

En España la formación de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) está regulada por la Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo<sup>16</sup>, donde se establece que la matrona es una figura esencial en la Atención Primaria y especializada, que utiliza de manera responsable los medios

clínicos y tecnológicos adecuados a cada situación, basados en la evidencia científica más desarrollada y de mejor calidad disponible, además proporciona un cuidado integral e individualizado a las mujeres y su entorno. Esta Orden establece también que entre las funciones de la matrona se incluye atender la salud sexual, maternal y reproductiva de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, mediante la prevención, promoción, atención y recuperación de la salud; asimismo, se suma también el trabajo de la matrona en la atención del recién nacido sano hasta el día 28 de vida, teniendo en cuenta las repercusiones tanto en el ámbito familiar como social.

Por lo tanto, las intervenciones esenciales para mantener la salud maternal y fetal son claramente las principales competencias de la matrona<sup>40</sup>. Las matronas no solo realizan las técnicas prácticas obstétrico-ginecológicas que las competen de acuerdo con la legislación vigente; también son las principales responsables de brindar educación para la salud, con el objetivo de concienciar a las mujeres de la importancia de su autocuidado para mejorar y mantener su salud y la de su/s bebé/s<sup>42,48</sup>. Un importante y necesario punto de actuación para la implementación de un cuidado de alta calidad durante la maternidad basado en la mejor y más robusta evidencia científica es extender los servicios que desempeñan las matronas para aumentar y facilitar el acceso de las mujeres a estos<sup>4,42</sup>.

### Periodo preconcepcional y cuidado de la matrona

La atención durante el periodo preconcepcional tiene como objetivo principal maximizar el bienestar físico, social y emocional de una mujer, y el de su pareja, para garantizar las mejores condiciones intrauterinas para el feto en desarrollo<sup>49</sup>. Con vistas a reducir el número de muertes intrauterinas en este periodo, las últimas recomendaciones basadas en la evidencia se centran en el papel de la matrona en la promoción de la salud<sup>49</sup>. Como ejemplos se pueden citar el examinar con la mujer y su familia su manejo del estilo de vida, la planificación familiar y la prestación de servicios de salud reproductiva (citologías, prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc.)<sup>50</sup>.

### Cuidado antenatal y papel de la matrona

Durante la atención prenatal, la matrona ha de tener como objetivo principal la promoción de la salud para mantener la salud durante el resto del embarazo y proporcionar a las mujeres la educación suficiente para permitirles reconocer posibles problemas y buscar asesoramiento profesional en caso de duda, lo que ayuda en numerosos casos a prevenir las muertes intrauterinas<sup>51</sup>. La comunicación es clave, las matronas necesitan entender y responder a las necesidades y deseos de las mujeres<sup>37</sup>.

Invertir en modelos de continuidad de la atención para las mujeres de bajo y alto riesgo durante el periodo de gestación

en el que una matrona conocida o un pequeño grupo de matronas son los profesionales principales encargados del cuidado de las mujeres podría ser una característica crítica en la reducción de las muertes fetales, ya que las relaciones matrona-mujer producen un mayor nivel de satisfacción y comunicación<sup>3</sup>.

Si fuese necesario se debe prestar atención prenatal y/o intraparto y/o postnatal en consulta con otros profesionales para las mujeres de alto riesgo-riesgo intermedio<sup>52</sup>. La evidencia científica demostró que las mujeres de bajo y alto riesgo, que fueron cuidadas en modelos de atención a cargo de matronas durante el embarazo, tienen menos probabilidades de sufrir pérdida fetal y muerte neonatal<sup>53</sup>. Las matronas y las mujeres han de trabajar juntas y apoyarse en el proceso de toma de decisiones<sup>1</sup>. Si lo desean las mujeres, sus parejas también deben incluirse en todos los aspectos de la atención de la maternidad<sup>53</sup>. La continuidad de los modelos de atención proporcionados por matronas aumentan la satisfacción de las mujeres, la confianza en los profesionales sanitarios, la elección, el control y produce que la mujer se sienta escuchada<sup>54</sup>. Los sistemas nacionales de salud públicos han de revisar los modelos de la atención disponibles y ofrecer a todas las mujeres que deseen atención continuada por parte de una matrona o un equipo de matronas, ya que se ha demostrado que tiene un impacto neutral en los costes<sup>1,55,56</sup>.

No existe una intervención específica para abordar los desafíos en la prevención de la muerte fetal, por lo tanto, las matronas deben mantener la mejor práctica basada en evidencia y adoptar un enfoque multifacético<sup>37</sup>. Teniendo en cuenta las revisiones de la literatura hasta el momento, las intervenciones de matronería durante la preconcepción y el periodo prenatal tienen que centrarse en proporcionar cuidado personalizado a cada mujer, reducir la obesidad, el abandono de los hábitos tóxicos (p. ej.: el consumo de alcohol y tabaco), aumentar la conciencia en la importancia de los movimientos fetales, incentivar a las mujeres a dormir de lado durante el tercer trimestre y controlar el crecimiento fetal a través de la medición uterina rutinaria en cada visita, ya que se ha demostrado que son importantes factores de riesgo modificables para la muerte fetal en embarazos de bajo riesgo<sup>1,15,57</sup>.

### Conclusiones y recomendaciones para la práctica

Durante la preconcepción, las matronas mejoran la salud de las mujeres y las apoyan para que tomen decisiones informadas y saludables, mediante el uso de un enfoque de atención personalizada y educación para la salud. Desafortunadamente en el Reino Unido y en España, la atención previa a la concepción solo se brinda en mínimas ocasiones, desplazando a las matronas a un segundo plano por lo que

muchas mujeres se quedan embarazadas sin modificar comportamientos importantes de salud.

En el periodo prenatal, el papel de la matrona es mantener la salud de las mujeres a través de intervenciones básicas descritas anteriormente, y ayudarlas a reconocer posibles complicaciones del embarazo y buscar asesoramiento clínico temprano si fuese necesario.

En general, el trabajo de promoción de la salud de la matrona se basa en la comunicación, que es fundamental para comprender y responder a las necesidades y deseos de las mujeres. Las disparidades en la reducción de la tasa de muerte fetal en comparación con otros países desarrollados y las variaciones injustificadas en las áreas del Reino Unido indican que la reducción de las muertes fetales es posible.

Toda la investigación sugiere que esto se logra al proporcionar mejores oportunidades educativas y condiciones de vida para las mujeres. Claramente, la clave de esto es la participación de la matrona, ya que trabajan en equipo con las mujeres. Es necesario aumentar el número de matronas de España y el Reino Unido. Esto derivará en una atención de maternidad personalizada de más alta calidad, especialmente para mujeres con dificultades económicas o de grupos étnicos en riesgo de exclusión. Las organizaciones de los sistemas de salud públicos han de establecer su liderazgo en la batalla para reducir las muertes fetales mediante la promoción de embarazos saludables y seguros a través de nuevas iniciativas basadas en evidencia científica actual<sup>58</sup>. Invertir en modelos de continuidad de atención por matronas beneficiará sin dudar la atención de las mujeres de bajo y alto riesgo. Finalmente se deben desarrollar de forma urgente nuevos informes, auditorías y protocolos claros basados en la mejor información científica y las intervenciones para mejorar la salud de las mujeres y los neonatos.

Se concluye que el cuidado durante la preconcepción y la atención prenatal por matronas son claramente cruciales para reducir las muertes fetales en el Reino Unido y España. Anteriormente las muertes fetales eran un problema invisible de salud pública y el rol actual de la matrona no ha sido justamente valorado. Sin embargo, ahora se reconoce de manera indiscutible que las matronas tienen una posición privilegiada para educar, empoderar y apoyar a las mujeres para que modifiquen sus hábitos de salud aplicando la mejor práctica basada en la evidencia. Un enfoque holístico de intervenciones de bajo costo llevadas a cabo por matronas durante la preconcepción y el periodo prenatal reducirá drásticamente la cantidad de muertes fetales<sup>1</sup>. Es más necesario que nunca que las mujeres y las matronas reclamen a los gobiernos desarrollar e impartir una atención más personalizada y respetuosa, colocando en el centro la atención a las mujeres y sus familias, aumentando el número de matronas e invirtiendo en el desarrollo de investigación por parte de las matronas.

## Agradecimientos

A nuestros padres y familiares, a los tutores de la Universidad de Central Lancashire (en especial a Mercedes Pérez-Botella y Jackie Gibson) y de la Unidad Docente de Matronas de Valladolid-Segovia, a nuestros compañeros de los hospitales públicos universitarios de Preston, Chorley, Saint Mary's, Ramón y Cajal, Río Hortega, el Clínico de Valladolid y La Paz. A todas las mujeres que han confiado siempre ciegamente en las matronas y hemos tenido el placer de cuidar de ellas y sus familias.

**NOTA.** El presente trabajo concursó en forma de comunicación formato póster (en inglés) en el Congreso ISA 2019 y recibió el premio a la mejor comunicación realizada por matronas, otorgada por la Asociación Española de Matronas (AEM). Por indicación de la AEM ha sido elaborado en formato artículo de revisión en español para su difusión a través de esta revista.

## Bibliografía

1. National Health Service (NHS). National Maternity review: Better births. Improving outcomes of maternity services in England! NHS [internet] 2016 [cited 15 Nov 2019]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>
2. Department of Health (DOH). Healthy lives, healthy people: Our strategy for public health in England (Vol. 7985). The Stationery Office. 2010.
3. Sandall J, Coxon K, Mackintosh N, Rayment-Jones H, Locock L, Page L (writing on behalf of the Sheila Kitzinger symposium). Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care Report from the Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College October 2015. Oxford: Green Templeton College; 2016.
4. World Health Organisation (WHO). Slow progress on stillbirth prevention leaves parents of 2.6 million babies suffering in silence each year. WHO [internet] [cited 15 Nov 2019]. Available from: <https://www.who.int/pmnc/media/news/2016/lancet/en/>
5. Office for National Statistics. Births in England and Wales: 2015 [internet] [cited 15 Nov 2019]. Available from: [www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthsummarytablesenglandandwales/2015](http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthsummarytablesenglandandwales/2015)
6. Department of Health (DOH). New ambition to halve rate of stillbirths and infant deaths. DOH [internet] 2015 [cited 15 Nov 2019]. Available from: [www.gov.uk/government/news/new-ambition-to-halve-rate-of-stillbirths-and-infant-deaths](http://www.gov.uk/government/news/new-ambition-to-halve-rate-of-stillbirths-and-infant-deaths)
7. Lane S. Why are our babies dying? Pregnancy, birth, and death in America. Routledge. 2015.



- sets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/35.-March-2011-Perinatal-Mortality-2009.pdf
33. Spong CY (ed.). Stillbirth: Prediction, Prevention, and Management. Wiley-Blackwell. 2011.
  34. Mothers and Babies. Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK [MBRRACE-UK]. NPEU [internet] [cited 15 Nov 2019]. Available from: <https://www2.le.ac.uk/departments/health-sciences/research/timms/projects/mbrance-uk>
  35. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Szamatulska K, Chalmers J, Irgens LM, Bolumar F, et al.; Euro-Peristat Scientific Committee. Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in Europe: results from the Euro-Peristat project. *PLoS one* 2011; 6(11):e24727.
  36. Gobierno de España. Ley de 8 de junio de 1957 sobre el Registro Civil.
  37. Spence D. Stillbirth: a renewed focus. *Midwives* 2016; 19:72-4.
  38. Heazell AE, Li M, Budd J, Thompson JMD, Stacey T, Cronin RS, et al. Association between maternal sleep practices and late stillbirth—findings from a stillbirth case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2018; 125(2):254-62.
  39. World Health Organization (WHO) & UNICEF. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division: executive summary. 2014.
  40. Homer CSE, Friberg IK, Bastos Dias MA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60790-X
  41. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet* 2014; 384(9940):347-70.
  42. Renfrew MJ. Optimising the contribution of midwifery to preventing stillbirths and improving the overall quality of care: Co-ordinated global action needed. *Midwifery* 2016; 36:99-101.
  43. Sandall J. The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. London: The Royal College of Midwives; 2014.
  44. Pasupathy D, Wood AM, Pell JP, Fleming M, Smith GC. Time of birth and risk of neonatal death at term: retrospective cohort study. *Bmj*. 2010; 341:c3498.
  45. Royal College of Midwives (RCM). State of maternity services report 2015. RCM [internet] [cited 15 Nov 2019]. Available from: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/RCM%20State%20of%20Maternity%20Services%20Report%202015.pdf>
  46. Bhutta Z., Yakoob MY, Lawn JE, Rizvi A, Friberg IK, Weissman E, et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *The Lancet* 2011; 377(9776):1523-38.
  47. Akseer N, Lawn JE, Keenan W, Konstantopoulos A, Cooper P, Ismail Z, et al. Ending preventable newborn deaths in a generation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015; 131:S43-S48.
  48. Warland J, Glover P. Fetal movements: What are we telling women? *Women and Birth*. 2016.
  49. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare delivery at a population level: construction of Public Health Models of Preconception Care. *Maternal and Child Health Journal* 2014; 18(6):1512-31.
  50. Hill B, McPhie S, Fuller-Tyszkiewicz M, Gillman MW, Skouteris H. Psychological Health and Lifestyle Management Preconception and in Pregnancy. In *Seminars in reproductive medicine* 2016; 34(02):121-8.
  51. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet* 2016; 387(10018):587-603.
  52. Royal College of Gynaecologist (RCOG). The investigation and Management of the Small for gestational age Fetus. [internet] 2013 [cited 15 Nov 2019]. Available from: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_31.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_31.pdf)
  53. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library*. 2016.
  54. Milton A. Reaching out: Involving Fathers in Maternity Care. RCM [internet] 2011 [cited 15 Nov 2019]. Available from: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father's%20Guides%20A4\\_3\\_0.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father's%20Guides%20A4_3_0.pdf)
  55. Kenny C, Devane D, Normand C, Clarke M, Howard A, Begley C. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery* 2015; 31(11):1032-8.
  56. Sandall J. Midwife-Led continuity models versus other modes of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. Doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4
  57. Nypaver C, Arbour M, Niederegger E. Preconception care: improving the health of women and families. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2016; 61(3):356-64.
  58. Frøen JF, Gordijn SJ, Abdel-Aleem H, Bergsjø P, Betran A, Duke CW, et al. Making stillbirths count, making numbers talk—issues in data collection for stillbirths. *BMC pregnancy and childbirth* 2009; 9(1):1.
  59. NHS Hospital & Community Health Service (HCHS) monthly workforce statistics NHS Digital. Midwives by nationality grouping [internet] Sep 2014-2018. [cited 16 Nov 2019]. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/find-data-and>

publications/supplementary-information/2019-supplementary-information-files/staff-numbers/midwives/midwives-by-nationality-grouping---sep-2014---2018

60. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Resultados detallados. Año 2018. Enfermeros. 1.8.6 N° de Enfermeros con especialidad de Matrona por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, situación laboral y sexo [internet]. Madrid: INE; 2018. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2018/l0/&file=s08007.px&L=0>
61. Statista. Mid-year population estimate of the United Kingdom (UK) in 2018, by gender and country (in million people). Statista [internet]. [cited 16 Nov 2019]. Available from: <https://www-statista.com/statistics/281240/population-of-the-united-kingdom-uk-by-gender/>
62. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de población. Residentes en España [internet]. Madrid: INE; 2019. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&tidp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&tidp=1254735572981)
63. Office for National Statistics. Vital statistics in the UK: births, deaths and marriages. 2018. Release date 2019 [internet]. [cited 16 Nov 2019]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/datasets/vitalstatisticspopulationandhealthreferencetables>
64. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población. Nacimientos ocurridos en España. Año 2018. Datos provisionales [internet]. Madrid: INE; 2018. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002)
65. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. BOE [internet], núm. 2016, de 9 de septiembre de 2019 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/09/09/pdfs/BOE-A-2019-12897.pdf>

# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

**Amplio catálogo de cursos**

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



**aulaDAE**  
Grupo Paradigma

[www.auladae.com](http://www.auladae.com)

## Cuidados de una episiotomía compleja. Caso clínico

Marta Villacampa Alonso

Especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona) y sexóloga. Centro de salud de Valdespartera (Zaragoza).

E-mail: mavillalonso@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de agosto de 2019.

Fecha de aceptación: 3 de noviembre de 2019.

Cómo citar este artículo:

Villacampa Alonso M. Cuidados de una episiotomía compleja. Caso clínico. *Matronas hoy*. 2019; 7(3):42-6.

### Resumen

La dehiscencia de sutura de la episiotomía es de las complicaciones más habituales que se puede presentar. Generalmente suele ser consecuencia de una infección. La conducta expectante y cuidados de la herida es lo recomendado para la cicatrización de la misma.

Se presenta un caso clínico en el que hay una dehiscencia de sutura de la episiotomía que afecta a plano muscular, concretamente el músculo bulbocavernoso lo cual es poco frecuente ya que suele afectar solamente al plano de la piel.

**Palabras clave:** parto; episiotomía; dehiscencia de sutura; infección; antibiótico.

### Abstract

*Care for complex episiotomy. A case report*

*Episiotomy wound dehiscence is one of the most frequent complications that can appear; generally, it is the consequence of an infection. Watch-and-wait and wound care are recommended for its healing.*

*A case report is presented with episiotomy wound dehiscence involving the muscular plane, specifically the bulbocavernous muscle, which is unusual because only the skin plane is typically involved.*

**Key words:** childbirth; episiotomy; wound dehiscence; infection; antibiotics.

### Un poco de historia de la episiotomía

Es difícil datar y nombrar al descubridor o descubridora de la episiotomía, pero la bibliografía disponible atribuye a Sir Fielding Ould, uno de los llamados *man-midwives* del Hospital Rotunda de Dublin, el privilegio de ser el primero que describió la técnica quirúrgica entonces denominada perineotomía, en 1742, en su Tratado de Partería (*Treatise of Midwifery in Three Parts*), añadiendo la recomendación de que el procedimiento se reservara para aquellos casos en los que la abertura vaginal externa fuera tan justa que el parto se prolonga peligrosamente<sup>1</sup>; de hecho fue motivo de controversia entre los obstetras, y durante años fue practicada como un recurso de emergencia. Antes de este evento, las laceraciones perineales eran consideradas como una ocurrencia normal, todavía en 1870 se consideraba totalmente inapropiado repararlas. El primer uso de la episiotomía media tuvo lugar en Alemania en 1799<sup>2</sup>.

El primer informe del procedimiento en los Estados Unidos fue realizado por Taliaferro en 1852, más de 100 años después de la descripción de Ould, y publicado en una revista titulada *The Stethoscope and Virginia Medical Gazette* bajo el título "Rigidity of soft parts. Delivery effected by incision in the perineum" (Rigidez de las partes blandas. Parto efectuado mediante incisión en el perineo), en el que el autor describe una pequeña episiotomía mediolateral para facilitar el parto en una mujer joven ecláptica<sup>3</sup>.

Más tarde Pomeroy, en 1918, abogaba por realizar una incisión en la línea media tan pronto se iniciara el abombamiento del periné, con la idea de que su reparación precisa de inmediato después del parto evitaría los problemas futuros de laxitud del suelo pélvico. Sin embargo, en Norteamérica, el procedimiento no fue de uso común hasta 1920, en que DeLee abogó firmemente por la episiotomía como parte integral de un enfoque conocido como "fórceps

profiláctico" y otras indicaciones que se conocen. Debido a la posición de DeLee como uno de los líderes preeminentes de Obstetricia americana, el procedimiento finalmente llegó a ser ampliamente adoptado<sup>2</sup>.

De hecho, no fue hasta 1950 que en el Williams, la "biblia de la Obstetricia" en su 10ª edición, que había sido muy reticente a esta práctica, finalmente se leía: "Exceptuando el corte y ligadura del cordón umbilical, la episiotomía es la operación más común en Obstetricia. La razón de su popularidad no hay que buscarla lejos. En primer lugar se sustituye por una incisión quirúrgica recta y limpia la laceración irregular y contusa, que de otro modo probablemente se produciría; tal incisión es más fácil de reparar y cura mejor que un desgarro. En segundo lugar, le ahorra a la cabeza del bebé la necesidad de servir como ariete contra la resistencia perineal. Si se prolonga, este golpeteo de la cabeza del feto contra el perine, puede causarle daño cerebral. En tercer lugar, la intervención acorta la duración de la segunda etapa del parto"<sup>2</sup>.

Así ha permanecido invariable este texto de uso mundial para los prácticos de la Obstetricia (obstetras y matronas) hasta la 16ª edición (1980), en que además aparece por primera vez el siguiente párrafo: "más recientemente algunas personas han cuestionado las ventajas proporcionadas por la episiotomía, ya que tienen la mayoría de los aspectos de la atención obstétrica. Se puede decir con certeza que desde la era de los partos en el hospital con episiotomía, ha habido una disminución apreciable en el número de mujeres hospitalizadas posteriormente para el tratamiento de cistocele sintomático, rectocele, prolapso uterino e incontinencia de esfuerzo. Nunca se abordó la posibilidad de que otros cambios en la práctica de la Obstetricia, así como los cambios en la edad materna, la paridad, la salud, la nutrición y las condiciones socioeconómicas, hayan afectado la función del piso pélvico a largo plazo"<sup>2</sup>.

## Actualidad de la episiotomía

En España la práctica rutinaria de la episiotomía se ha descartado a partir de 2007, con la introducción de la Estrategia de Atención al Parto Normal propugnada por el Ministerio de Sanidad; en el resto de países del entorno se sigue la misma tendencia.

Cada año miles de mujeres en los partos tienen algún tipo de lesión en el periné y un 70% de ellas requiere sutura<sup>4</sup>. Un 6% de estas mujeres puede presentar complicaciones de la herida como infección y/o dehiscencia de sutura parcial o completa<sup>4,5</sup>. La episiotomía es la intervención quirúrgica más habitual en Obstetricia<sup>3</sup>.

Esta técnica quirúrgica consiste en un corte medio lateral a nivel del anillo vulvar y periné o medio, desde la parte inferior de la abertura vaginal hacia el recto (esta menos

utilizada) para acortar el periodo expulsivo durante la salida de la cabeza del feto y que posteriormente requiere de una sutura<sup>6-8</sup>. La reparación de la incisión ha de hacerse respetando las capas de los tejidos para que quede anatómicamente inalteradas como antes y mantener la función integral de los músculos<sup>4</sup>.

La evidencia científica actual recomienda una episiotomía selectiva y no rutinaria<sup>4,6,7,9</sup>.

Una de las complicaciones principales (Cuadro 1) es la dehiscencia de sutura. Generalmente cuando hay una dehiscencia de sutura, detrás se esconde una infección<sup>9-11</sup>. Si ocurre se recomienda desbridar, drenar y limpiar bien la herida y dejar curar por segunda intención sin volver a resuturar con la consiguiente administración de antibióticos<sup>6</sup>. La mayoría de dehiscencias afectan al plano superficial de la piel incluyendo tejido hipodérmico, pero sin afectar a planos musculares<sup>5,6,10</sup>. Cuando hay una infección y/o dehiscencia de sutura, la calidad de vida de la mujer puérpera se ve afectada por el dolor, malestar, problemas urinarios, fecales y a la larga dispareunia o problemas durante el coito<sup>10-12</sup>. La evaluación de la herida se realiza mediante la fórmula REEDA (enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y aproximación): una herramienta formulada para detectar infección<sup>4</sup>.

**Cuadro 1. Complicaciones de la episiotomía<sup>4,6,8</sup>**

Infección
Dehiscencia de sutura
Hematoma, anemia
Dispareunia, problemas sexuales
Fístula ano-vaginal
Trauma psicológico
Alteración de la imagen corporal
Cicatrización dolorosa
Incontinencia urinaria y/o fecal
Granuloma, exceso de tejido de granulación

## Objetivo

Generalmente las dehiscencias de episiotomías o desgarros perineales afectan a la capa de la piel. Sin embargo, en este caso también se vio afectada la fascia superficial del periné y el bulbocavernoso.

Se presenta este caso clínico para proporcionar información a los profesionales de cómo ha sido curada esta episiotomía por segunda intención mediante conducta expectante con centella asiática y neomicina.

## Metodología

Estudio observacional prospectivo de una mujer primípara que tiene dehiscencia de sutura hasta plano muscular de la episiotomía, realizando un seguimiento de la cura en la consulta del centro de salud.

El instrumento utilizado para la obtención de datos es la historia clínica de la paciente, pruebas complementarias y la observación.

## Presentación del caso

18/6/19. Mujer puérpera primigesta primípara de cuatro días con un parto instrumentado mediante ventosa con episiotomía medio-lateral derecha. Acude de manera urgente al centro de salud a la consulta de matrona por dolor exacerbado en el periné y dolor lumbar postepidural valorada por anestesia y con mejoría clínica al alta. En tratamiento con yodo, ibuprofeno y varidasa.

Sin alergias medicamentosas conocidas.

Paciente consciente, orientada, normocoloreada y normohidratada con mal estado emocional. Constantes clínicas: apirética, normotensa, pulso cardiaco y frecuencia respiratoria normal.

Refiere dolor en zona perineal y anal. No puede sentarse e indica mal estado general.

A la exploración física se observa útero contraído, altura de fondo uterino acorde y metrorragia fisiológica. Las mamas no están ingurgitadas ni con signos de mastitis aunque tiene grietas en ambos pezones por mal agarre del recién nacido.

A la observación genital se observa un hematoma local que invade el labio mayor derecho y la zona perineal homolateral, con puntos a tensión a lo largo de la episiotomía y dehiscencia de sutura en el tercio inferior de la misma. A la exploración se realiza un tacto digital palpando el trayecto de la sutura desde la vagina para corroborar que no hay ningún punto suelto; aunque sí que se percibe cómo los puntos están a tensión. Vagina eritematosa y algo edematizada. Los bordes de la piel quieren desaproximarse pero sin dehiscencia de sutura.

Al palpar la sutura de la episiotomía de manera externa, esta se encuentra edematizada, indurada y a la paciente le duele de manera importante. El color es normal. Se visualiza un xeroma en el tercio inferior de la herida quirúrgica y se procede al drenaje del mismo. Exuda bastante contenido serosanguinolento que *a priori* no aparenta signos de infección (no olor ni color anormal). El hematoma comentado previamente es local aunque de tamaño grande, que aparentemente no afecta a planos profundos y tampoco fluctúa, por lo que se decide no enviar a urgencias

del hospital ya que se descarta un posible hematoma disecante. Después del drenaje se reduce de manera objetiva el hematoma aunque sigue aparente. Se observa como la dehiscencia de sutura por colección de líquido afecta tanto a epidermis como dermis, fascia superficial perineal y al plano superficial muscular (bulbocavernoso); es decir, las fibras musculares de ambos lados están totalmente separadas y, por ello, tienen que curar mediante segunda intención.

Se cura de la siguiente manera: suero fisiológico para lavar y se deja dentro un dedo de guante como drenaje. Se deriva a su médico de familia para tratamiento antibiótico por vía oral, el cual le pauta amoxicilina 750 mg/8 h durante siete días. Aparte se le indica que se aplique hielo de manera local.

A las 48 horas (20/6/19) se vuelve a revisar a la paciente. Ella se encuentra mejor, sigue apirética pero todavía tiene bastante colección serosanguinolenta acumulada y que va drenando de manera paulatina. Se procede a curar lavando con suero fisiológico e introduciendo una gasa lobulillada impregnada en antibiótico tópico (mupirocina) con unas pinzas de disección para facilitar el drenaje por capilaridad y evitar el cierre en falso de nuevo. A las 24 horas se le cambia la cura, sigue drenando exudado y se observa cómo siguen separadas las fibras musculares. Se introduce de nuevo mediante unas pinzas de disección la gasa lobulillada impregnada en antibiótico.

Se ve a la paciente de nuevo a las 48 horas (23/6/19). Se encuentra mejor, ya se puede sentar y se mantiene apirética. Exploración: drena de manera escasa, pero el exudado es amarillo y tiene un olor desagradable y característico sospechoso de infección. Se realiza frotis. Se procede a lavar con suero fisiológico y se le indica a la paciente que se cure con centella asiática y neomicina (pomada tópica) una vez al día.

El resultado del frotis sale positivo a *Escherichia coli* sensible a ciprofloxacino. Mientras tanto seguir curando con centella asiática y neomicina. La herida va cerrando por planos paulatinamente.

El 17/7/19 la episiotomía ha cerrado completamente con buen aspecto como muestran las imágenes adjuntas (Imagen 1); lamentablemente no se hicieron fotografías seriadas del proceso de curación, algo que hubiera sido idóneo para visibilizar la respuesta positiva a los cuidados practicados. Dada la situación anímica de la mujer no se creyó oportuno solicitar su autorización para seriar fotográficamente el proceso, lo que sí se hizo al llegar a la curación. En ese momento su recuperado estado físico, anímico, su manifiesta satisfacción y el grado de confianza que se instauró entre profesional y paciente, auguraba una respuesta positiva, como de hecho se obtuvo.



Imagen 1. Cierre completo de la episiotomía

## Discusión

Generalmente se recomienda no suturar en una dehiscencia de sutura y tener una conducta expectante para que cierre por segunda intención. La duda en este caso es que no hay estudios sobre qué hacer si el plano muscular también está afectado. Sin embargo, hay trabajos que dicen que una vez esté la herida curada se debería suturar de nuevo. Según un estudio piloto realizado en Reino Unido se vio que resuturando la herida cicatrizaba dos semanas antes que si no se resuturaba aunque al final todas las heridas curaban a las seis-ocho semanas<sup>4,12</sup>.

Varios estudios retrospectivos indican que la reparación perineal secundaria es una posible alternativa de manejo, aun en presencia de infección. El problema de estos estudios es el pequeño tamaño muestral por lo que no se pueden dar conclusiones ni llegar a evidencias<sup>12</sup>.

Por otra parte, en una revisión sistemática de la Cochrane se comparó suturar o no, tanto desgarras como episiotomías con la conclusión de que suturar es otra posibilidad, pero no se pudo concluir por insuficiente evidencia científica por carencia de estudios suficientes y porque no estaba claro si el uso de antibióticos fue solo en el grupo expectante o también en el control. De ser así sería un sesgo importante para el resultado final<sup>9</sup>.

Otro tema a tratar es la profilaxis antibiótica para prevenir infección o no. Una revisión sistemática de la Cochrane no ha podido llegar a ninguna conclusión porque la evidencia actual sobre el impacto de los antibióticos profilácticos para la prevención de la infección después de la episiotomía es de un pequeño ensayo con limitaciones de diseño<sup>13</sup>.

Hasta el momento no se recomienda profilaxis antibiótica ante una episiotomía<sup>4,10,13</sup>.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Mullally A, Murphy D. Episiotomy. *Glob. Libr. Med.* 2011. Doi: 10.3843/GLOWM.1012
2. Klein M. Episiotomy and the Second Stage of Labour. *Canadian family physician Médecin de famille canadien.* 1988; 34:2019-25.
3. Longo LD. Rigidity of soft parts. Delivery effected by incision in the perineum. by R.M. Taliaferro. *The stethoscopie and Virginia Medical Gazette.* 1852; vol. 2, pp. 383-5. *Am J Obstet Gynecol.* 1976 May 1;125(1):115.
4. Webb S, Sherburn M, Ismail KMK. Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ.* 2014; 349:g6829.
5. Marty N, Verspyck E. Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie: aspects techniques. *RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité Et Sénologie* 2018; 46:948-67.

6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Episiotomía [internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2019 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://sego.es/mujeres/Episiotomia.pdf>
7. García-Lorca AI, Viguera-Martínez MA, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón MM, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93.
8. De Anda Aguilar L, Castañeda Solís AK, Pérez Castro, Vázquez JA. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fistula recto-vaginal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2017 sept-oct; 60 (5).
9. Dudley LM, Kettle C, Ismail KMK. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 9.
10. Gommessen D, Nohr EA, Drue HC, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2019; 300:67-77.
11. Jones K, Webb S, Mannresa M, Hodgetts-Morton V. The Incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019; 240:1-8.
12. Dudley L, Kettle C, Thomas PW. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open* 2017; 7:e012766.
13. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; 11.

# NUEVOS

## Másteres y Expertos de Enfermería con Acreditación ECTS

### MÁSTER EN CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 1.500 horas

**60 ECTS**



### MÁSTER EN ENFERMERÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 1.500 horas

**60 ECTS**



### EXPERTO EN CÁNCER Y CUIDADOS ENFERMEROS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 650 horas

**26 ECTS**



### EXPERTO EN CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 900 horas

**36 ECTS**



<https://www.auladae.com/expertos>  
<https://www.auladae.com/masters>

## ECHANDO LA VISTA ATRÁS



### Oposición de las matronas al derecho de los practicantes a asistir partos (1902-1953)

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

Estamos a mitad del siglo XIX (1856) y el Ministerio de la Gobernación emite un decreto a todas luces necesario, ya que deja traslucir una situación de desorden en cuanto al sin número de personas que se arrogaban ser personal "de las ciencias del curar" y el "intrusismo profesional activo" que, entre tantos e incontrolados profesionales, era fácil de ejercer por pseudo-profesionales que aprovechando aquella palpable desorganización, hacían labores que no les correspondían.

Con voluntad de control y organización de los servicios de salud se podía leer en la introducción del Real Orden emitida por el ministerio de gobernación la justificación al mismo:

*"Para rectificar las listas del personal de las ciencias de curar que en la Dirección general de Beneficencia y Sanidad*

*existen; conocer si el número de profesores en ejercicio corresponde al de la población; poner coto á las intrusiones y extralimitaciones tan frecuentes, por desgracia, con notable perjuicio de la salud pública y de la moral médica, y facilitar los auxilios de las expresadas ciencias á todos los pueblos, combinando los intereses de estos con el decoro profesional, se ha servido mandar S. M la Reina: ...*

*4<sup>o</sup> Listas nominales de los médicos-cirujanos, médicos, cirujanos, dentistas, oculistas, sangradores, comadrones y parteras; de los farmacéuticos, herbolarios, drogueros, y de cuantos elaboran, venden, introducen y suministran sustancias medicinales y venenosas; y de los veterinarios, albéitares, herradores, castradores y demás personas que ejercen el todo ó parte de la veterinaria..."<sup>1</sup>.*

1.º Febrero 1902

Gaceta de Madrid.—Núm. 32

Art. 3.º Los títulos que se expidan en lo sucesivo, como resultado de las reválidas que se efectúen con sujeción á lo dispuesto en el Real decreto de 26 de Abril de 1901, se denominarán de «Practicante autorizado para la asistencia á partos normales».

Art. 4.º Los que obtengan estos títulos, no podrán ejercer su profesión en poblaciones mayores de 10.000 almas y sin la autorización del Médico titular, el cual tendrá el derecho, si lo juzga necesario, de asistir á la enferma. Cuando, á juicio del Médico titular, el Practicante autorizado para la asistencia á partos normales no reuna las condiciones de aptitud necesarias, lo pondrá en conocimiento del Delegado de Medicina, el cual, previo el oportuno expediente, donde se oirá al interesado, resolverá si ha lugar á retirarle la autorización para la asistencia á partos normales.

Art. 5.º Los Practicantes que deseen obtener el título de «Practicante autorizado para la asistencia á partos normales», solicitarán de los Rectorados de las Universidades donde se curse la Facultad de Medicina, el oportuno examen, que versará sobre «Anatomía de la pelvis», «Elementos de materia médica», «Idea general de los primeros auxilios que deben prestarse á los intoxicados y asfixiados» y «Nociones de obstetricia en lo referente á la asistencia al parto normal». Para verificar este examen, presentarán previamente el certificado que se expresa en el art. 2.º, referente á haber asistido y practicado un año en Hospital de la especialidad de partos. El canje del título antiguo por el nuevo se hará previo el pago de los derechos correspondientes.

Dado en Palacio á treinta y uno de Enero de mil novecientos dos.

MARIA CRISTINA

El Ministro de Instrucción pública  
y Bellas Artes,

Alvaro Figueroa.

Fuente: *Gaceta de Madrid*. Extracto del RD que autorizó a los practicantes a la asistencia a los partos<sup>9</sup>

Esta fue una de tantas disposiciones que intentaron eliminar el intrusismo y controlar las titulaciones sanitarias, pero las medidas no fueron totalmente eficaces, principalmente en las zonas rurales.

Un año después se emitió la Ley de Instrucción Pública de 1857, conocida como Ley Moyano, por la que se regulaban las profesiones subalternas que ejercían la cirugía menor y la asistencia a los partos, ley que no incluyó en la regulación a las enfermeras.

Esta ley también anuló los precedentes estudios de cirugía menor y ministrante, y en sus artículos 40 y 41, creó los estudios de Matrona y de Practicantes:

*"Art. 40. Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía menor ó ministrante.*

*El Reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir á los que aspiren al título de Practicantes*

*Art. 41. Igualmente determinará el Reglamento las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona o Partera"<sup>2</sup>.*

Los practicantes, siempre superiores en número y con la fuerza que les otorgaba la condición de género masculino,

fueron dando pasos seguros para afianzar su posición y estatus como "Auxiliares de las Ciencias médicas", tanto más cuanto que ya habían perdido la posibilidad de ejercer como dentistas, veto impuesto por el RD de 1875 que en su artículo primero especificaba: *"El arte del dentista constituirá en lo sucesivo una profesión denominada de «Cirujano-dentista» para cuyo ejercicio se expedirá un título especial"*<sup>3</sup>. A tenor de disposiciones posteriores encontradas y llamadas de atención recordando la obligatoriedad de estar en posesión del título correspondiente para ejercer como dentistas, parece que fue una constante en la actividad de practicantes y otros<sup>4-7</sup>.

1901 sin duda sería un buen año para los practicantes que verían ampliadas sus competencias, como ya hacía prever la introducción del Real Decreto que modificabas sus estudios: *"La enseñanza de Practicantes, creada por el art. 40 de la ley de Instrucción pública de 1857, como auxiliar de la de Ciencias médicas, necesita algunas modificaciones si ha de adaptarse á los progresos que la Medicina ha realizado en los últimos tiempos. Se precisa, por lo tanto, ampliar las prescripciones del Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, que es el que regula en la actualidad los expresados estudios, á fin de obtener de ellos resultados beneficiosos y positivos en la práctica"*<sup>8</sup>.



Foto Propiedad: Museo Histórico de la Enfermería. Fundación José Llopis. Colegio Oficial de Enfermería de Alicante



Esto supuso que en el 2º año de sus estudios se incluyeran: "Nociones de Obstetricia en lo referente á la asistencia al parto normal" lo que justificaría que finalmente los practicantes consiguieran una vieja aspiración: ver incluido en su título, por Real Decreto de 1902<sup>9</sup>, la autorización para asistir a partos normales, circunstancia que en lo sucesivo ocasionaría no pocas desavenencias con las matronas que lícitamente intentarían defender su feudo sin más intromisiones que las que ya sufrían fundamentalmente de las mujeres no tituladas que prestaban asistencia a los partos de forma ilegal.

Esto dejaba la puerta abierta a los practicantes con autorización a asistencia a partos normales a desempeñar interinamente dos plazas, la propia como practicante y la de asistencia a partos en aquellas localidades menores de 10.000 habitantes en la que la plaza de Matrona titular estuviera libre, percibiendo además del sueldo correspondiente a sus servicios, la mitad del que se asignara a la Matrona titular.

Aunque las especificaciones estaban claras y los practicantes autorizados a la asistencia a partos no podían hacer esta clase de servicios en ninguna forma, es decir, ni como prac-

ticantes titulares o municipales ni como ejercicio libre de su profesión en aquellos núcleos de población que excedieran los 10.000 habitantes. Se sabe que hubo injerencias y que las matronas iniciaron un largo periplo de reclamaciones para conseguir que los practicantes se vieran privados del derecho a la asistencia a los partos, terreno que ellas asumían por entero de su competencia como venía siendo desde tiempos inmemoriales.

Los practicantes siempre en pugna con las matronas con su pretendida superioridad académica y práctica, les advertían a estas por diversos medios de que no estaban facultadas para ejercer ninguna de las funciones que a ellos correspondiera. Es de lógica pensar que poco o nada les gustaría tampoco que finalmente las mujeres pudieran acceder a la formación como practicantes, hasta entonces reservada exclusivamente a los varones<sup>11</sup>, como también es de imaginar que para estos fuera una satisfacción que años después la Dirección de Enseñanza superior y secundaria les denegara a las matronas la petición de conmutar su título por el de practicantes<sup>12</sup>, viéndose obligadas a cursar la carrera de practicantes si querían tener ambos títulos, como hicieron algunas.

También se hace saber a la Junta el haber efectuado la Presidenta y la Secretaria una visita al Decano de la Facultad de Medicina Dr. Orozco, como Catedrático de nuestra asignatura, exponiéndole los puntos de vista que tenemos sobre la modificación de nuestro plan de estudios en el ejercicio de la profesión, solicitando asimismo su valiosa influencia para que se anule en el Título de los Practicantes el derecho a asistir partos. Dicho señor, nos ha prometido su apoyo sobre todas nuestras aspiraciones, por haberla encontrado lógicas y razonables y opinar él de la misma forma que el Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas.

Extracto del Acta, Año 1952. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas<sup>16</sup>

Sería de esperar que los practicantes quedaran "satisfechos con el derecho adquirido y las condiciones impuestas de la asistencia a los partos normales, aunque años después algunos tacharon *"de confinamiento de los practicantes a las zonas rurales"* y un fiel reflejo de la política de zancadilla y caciquismo de aquellos tiempos, por fortuna remotos"... Así se expresaba el colegio de practicantes de Palencia en una carta dirigida al Ministro de la Gobernación como se lee en la revista nº 7 de *La Matrona Hispalense*<sup>12</sup>, revista del Colegio de Matronas de Sevilla dirigida por Dña. Rosalía Cerdán, su presidenta.

En la misma carta citada, ellos con tono hartosensiblero, describían que la resolución positiva de ese pleito sería *"un factor de vida que asegura la integridad económica de nuestros hogares, el derecho a la subsistencia de nuestros hijos, el pan de cada día de estos ciudadanos humildes y trabajadores que a las órdenes inmediatas del profesor médico realizan esa labor constante y abnegada que se llama sanidad Pública"*<sup>12</sup>.

Por su parte, Dña. Rosalía Cerdán, aunque no veía con especial preocupación que los intereses de los practicantes tuvieran una respuesta favorable por parte de las autoridades, animaba a *"la Federación Nacional de Matronas Españolas, Federación matronal Española, Colegios Matronales y aun a las matronas que no pertenezcan a estos a que sin pérdida de tiempo dirijan al Excmo Sr. Ministro de la Gobernación telegrama o escrito a fin de contrarrestar los efectos que pudiera producir el escrito que nos ocupa; y a nuestros colegas el que nos secunden en esta justificada campaña en defensa de los sagrados intereses de nuestra sufrida clase, que tan despiadadamente se ve con frecuencia atacada por tirios y troyanos"*<sup>12</sup>.

Realmente a este respecto ha sido aclaratorio el número siguiente de la revista *La matrona hispalense*<sup>13</sup> en el que se incluye el comentario del comité ejecutivo de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes de su circular nº 10, a través de la cual se explicita el motivo que incitó al Colegio de Palencia a tales manifestaciones y que no era otro que la petición del ejercicio libre de la asistencia a partos para los practicantes; circunstancia que manifestaba el Presidente de la Federación de Practicantes *"era un asunto que respondía a un interés general"*, pero, sin embargo, reconvenía la iniciativa del Colegio de Palencia *"convencido de que todas las gestiones que se hicieran en este sentido habrían de fracasar porque oficiosamente conocíamos que la Dirección de Sanidad sustentaba el criterio de que la asistencia a los partos es una función que corresponde fundamentalmente a la Matrona ya que esta profesión ha sido creada única y exclusivamente para este fin"*<sup>13</sup>.

Además de humildes y conciliadoras, que sí lo son las palabras de Dña. Rosalía al final del artículo, a mi juicio llevan implícitas la "supeditación de clase y de género" que las matronas venimos arrastrando por nuestra condición femenina mayoritariamente: *"sí debemos aplaudir el criterio (del Poder*

*Público) ya que otra cosa significaría la desaparición de una modesta pero honrosa y humanitaria profesión, cuyo origen como una necesidad humana, es el origen de los pueblos"*<sup>13</sup>.

La Sra. Cerdán concluye expresando la satisfacción lógica al suponer que el asunto quedaba zanjado: *"Nada más lejos de nuestro ánimo que el herir susceptibilidades, pero no podemos ocultar la satisfacción que nos produce tal rotunda desautorización y el que la tantas veces repetida Federación se inhiba en este enojoso y sensible pleito, lo que equivale a su terminación"*<sup>13</sup>.

Llegados a ese punto los practicantes sentían ya que habían perdido muchos de los privilegios que anteriormente habían gozado: por ejemplo en la fecha de las manifestaciones anteriores (1929) se había fijado ya un nuevo plan de estudios para la carrera de practicantes en el que desaparecía de su carrera la obstetricia<sup>14</sup> y, consecuentemente, podrían augurar un mayor descalabro económico (e incluso de estatus) para ellos, aunque este motivo de protesta en ese momento y no antes en que las condiciones eran las mismas para su asistencia a los partos desde 1902, ya vimos que fue una artimaña para lograr el pretendido ejercicio libre de la asistencia a los partos. Cabría también pensar que en el ánimo del colectivo de practicantes gravitaba desde 1915 el gran problema de la habilitación de enfermeras que previsiblemente era más problemática para sus intereses que lo que podían ser las matronas<sup>16</sup>.

Lo cierto es que hemos encontrado constancia de que recién constituido el Consejo General de Colegios Oficiales de Matronas de España, una de las primeras cuestiones que abordaron fue la modificación del Plan de estudios de las matronas y la anulación del título de practicantes el derecho a asistir partos<sup>17</sup>, para lo recurrieron al Dr. Orcoyen (D. Jesús García Orcoyen) como catedrático de Obstetricia, que no sabemos si tuvo o no participación en la consecución de estas dos peticiones, pero finalmente en 1953 los estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras se unificaron en una sola enseñanza<sup>18</sup>, que habilitaba para obtener el título de Ayudante Sanitario. En su artículo 5º se expresaba la posibilidad de cursar la única especialidad en el momento, la de Asistencia Obstétrica de dos años, de estudios y prácticas. En el mismo decreto se especificaba el inicio de las enseñanzas de Matronas: *"continuarán como actualmente se vienen dando hasta el curso mil novecientos cincuenta y cinco mil novecientos cincuenta y seis inclusive, iniciándose, a partir del de mil novecientos cincuenta y seis mil novecientos cincuenta y siete, el régimen que por este Decreto se establece para la obtención del diploma en Asistencia Obstétrica"*.

La cuestión de género seguía tan latente aún en la segunda mitad del siglo XX, que si bien fue posible unificar los estudios de las tres profesiones, por cuestiones de género se propició su separación en los estudios, mediante la orden que prohibía expresamente la coeducación en las Escuelas de Ayudantes



Técnicos Sanitarios<sup>19</sup>, así como la obligatoriedad de las alumnas de ATS cursar sus estudios en régimen de internado<sup>20,21</sup>, exigencia que no se les requirió a los varones<sup>22</sup>, lo mismo que la prohibición a los ATS varones a cursar esta especialidad hasta 1980<sup>23</sup>.

## Bibliografía

1. Gazeta de Madrid. Real Orden disponiendo lo conveniente para el mejor orden y servicio público por lo que hace á los profesores de las ciencias de curar en ejercicio en toda la Península, y poner coto á las intrusiones y extralimitaciones. núm. 1368, de 2 de octubre de 1856, página 2 [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1856. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1856/1368/A00002-00002.pdf>
2. Gazeta de Madrid. Ley de Instrucción pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península é Islas adyacentes, lo que se cita. núm. 1710, de 10 de septiembre de 1857, páginas 1 a 3 [internet]. Madrid: Ministerio de Fomento; 1857. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1857/1710/A00001-00003.pdf>
3. Gazeta de Madrid. Real Decreto disponiendo que el arte de dentista constituirá en lo sucesivo una profesión, denominada de Cirujano dentista, para cuyo ejercicio se expedirá un título especial, y determinando los requisitos necesarios para obtenerle. núm. 156, de 05 de junio de 1875, página 640 [internet]. Madrid: Ministerio de Fomento; 1875. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1875/156/A00640-00640.pdf>
4. Gazeta de Madrid. Real Orden disponiendo que cuantos ejerzan la profesión de Dentistas presenten sus títulos profesionales en el término de 30 días á las Subdelegaciones de Medicina y Cirugía para tomar razón de ellos en el Registro correspondiente, y más que expresa. núm. 51, de 20 de febrero de 1886, páginas 524 a 525 [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1886. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1886/051/A00524-00525.pdf>
5. Gazeta de Madrid. Proyecto de ley de bases para la formación de la Ley de Sanidad. Gaceta de Madrid Proyecto de ley de bases para la formación de la ley de Sanidad. núm. 178, de 27 de junio de 1899, páginas 1.129 a 1.131 [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1899 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1899/178/A01129-01131.pdf>.
6. Gazeta de Madrid. Dirección General de Sanidad. Para el ejercicio de la profesión de dentista se precisa el título correspondiente. núm. 28, de 28 de enero de 1900, página 316 [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 2019. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1900/028/A00316-00316.pdf>
7. Gazeta de Madrid. Real Orden disponiendo que los Practicantes cuyo título sea posterior á la Real orden de 6 de Octubre de 1877 no pueden ejercer la profesión de Dentista. núm. 304, de 31 de octubre de 1901, página 509 [internet]. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1877. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1901/304/A00509-00509.pdf>
8. Gazeta de Madrid. Real Decreto modificando los estudios de la carrera de Practicantes de Medicina. núm. 117, de 27 de abril de 1901, página 393 [internet]. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1901. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1901/117/A00393-00393.pdf>
9. Gazeta de Madrid. Real Decreto reorganizando los estudios de la carrera de Practicantes y la de Matronas. núm. 225, de 12 de agosto de 1904, página 529 [internet]. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1904. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/225/A00529-00529.pdf>
10. Gazeta de Madrid. Real Decreto relativo á los estudios y reválida de la carrera de Practicantes. núm. 32, de 01 de febrero de 1902, página 488. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1902. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1902/032/A00488-00488.pdf>
11. La Matrona Hispalense. ¡Alerta colegios matronales! Año I-nº 7, páginas 1-6. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
12. La Matrona Hispalense. Sobre una extemporánea profesión. Año I-nº 8, páginas 1-2. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
13. Gazeta de Madrid. Real Orden declarando no pueden conmutarse los conocimientos de la carrera de Matronas por los de Practicantes. núm. 83, de 23 de marzo de 1928, página 1.856 [internet]. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1928. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1928/083/A01856-01856.pdf>
14. Gazeta de Madrid. Real Decreto fijando el núcleo fundamental de enseñanzas necesarias para la obtención de los títulos profesionales de carácter universitario. núm. 281, de 08 de octubre de 1921, páginas 67 a 69. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1921 [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1921 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1921/281/A00067-00069.pdf>
15. Gazeta de Madrid. Real Orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a Comunidades re-



- ligiosas. núm. 141, de 21 de mayo de 1915, páginas 484 a 486 [internet]. Madrid: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; 1915. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1915/141/A00484-00486.pdf>
16. Consejo Nacional de los Colegios de Matronas de España. Libros Actas. Acta 3 de julio 1952. Libro de Actas I, Año 1952. Archivo Histórico Asociación española de Matronas.
17. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. núm. 363, de 29 de diciembre de 1953, páginas 7.723 a 7.724 [internet]. Madrid: Ministerio de Educación Nacional; 1953. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>
18. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 6 de julio de 1955 por la que se prohíbe el régimen de coeducación en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. núm. 204, de 23 de julio de 1955, página 4.522 [internet]. Madrid: Ministerio de Educación Nacional; 1955 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/204/A04522-04522.pdf>
19. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 2 de julio de 1955 por la que se dan normas aclaratorias sobre el internado de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. núm. 204, de 23 de julio de 1955, página 4.521 [internet]. Madrid: Ministerio de Educación Nacional; 1955 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/204/A04521-04521.pdf>
20. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. núm. 214, de 02 de agosto de 1955, páginas 4.751 a 4.752 [internet]. Madrid: Ministerio de Educación Nacional; 1955 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/214/A04751-04752.pdf>
21. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. núm. 43, de 12 de febrero de 1957, página 832 [internet]. Madrid: Ministerio de Educación Nacional; 1957 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/043/A00832-00832.pdf>
22. Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 2287/1980 de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. núm. 258, de 27 de octubre de 1980, páginas 23928 a 23928 (1 pág.) [internet]. Madrid: Ministerio de Universidades e Investigación; 1980 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-23297>

# AGENDA

## XX Congreso Nacional de Matronas AEM

---



## La Asociación Española de Matronas y la Fundación Alcohol y Sociedad firman un acuerdo de colaboración



La Asociación Española de Matronas (AEM) y la Fundación Alcohol y Sociedad (FAS) han firmado el pasado mes de octubre un acuerdo de colaboración para concienciar a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol en estas etapas de su vida. Para ambas asociaciones este acuerdo representa un paso importante al potenciar mediante esta unión las capacidades de ambas instituciones que durante años vienen trabajando de forma independiente por este logro.

La Fundación Alcohol y Sociedad es una entidad sin ánimo de lucro (2000) con el objetivo principal de eliminar hábitos indebidos en el consumo de alcohol. Cuenta con un Comité Científico compuesto por destacados especialistas en medicina, sociología, educación y psicología: Arturo Fernández Cruz, Catedrático y Jefe de Departamento de Medicina Interna Emérito de la Universidad Complutense; José Antonio Marina, Catedrático de Filosofía; Javier Elzo, actualmente Ca-

tedrático Emérito de Sociología de la Universidad de Deusto; Guillermo de la Dehesa, Técnico Comercial y Economista del Estado; Gonzalo Musitu Catedrático de Psicología Social de la Familia en la Universidad Pablo de Olavide, a los que se unen para asesoramiento otras muchas personalidades relevantes del mundo de las ciencias sociales y de la medicina.

El presidente de FAS afirma que el compromiso desde la fundación es liderar el cambio sobre las percepciones en el consumo saludable del alcohol y se plantean como objetivo identificar las necesidades que la sociedad tiene en relación con la prevención del consumo abusivo y han apostado por la educación, para compartir el conocimiento y la información que viene apoyada por una extensa evidencia científica.

Por su parte la Asociación Española lleva años realizando una campaña nacional especialmente dirigida a las futuras madres "Bebe sin" durante el embarazo y periodo de lactancia, lo mismo que la consigna en



Firma del acuerdo: por la AEM su presidenta, Rosa Mª Plata, por parte de FAS, la Directora de Relaciones Institucionales, Dña. Silvia Jato. Foto: Camba Comunicación

todas sus informaciones dirigidas a ellas por todos sus canales de información, en un intento responsable y de compromiso con la labor preventiva de su profesión de proteger a madres y sobre todo a los futuros hijos, más vulnerables aún a los efectos del alcohol. Como profesionales de la salud, las matronas conocemos que el consumo de alcohol durante el embarazo es en nuestro entorno la principal causa conocida de defectos congénitos y trastornos del desarrollo y la relación de daños producidos por la ingesta de alcohol de las madres, fundamentalmente en el periodo de embarazo

Por otra parte, detectar hábitos tóxicos, nocivos en el embarazo, es una labor preventiva de la matrona tan importante como dificultosa la mayoría de las veces, dado que la ingesta de alcohol, a pesar de la permisividad social que se le otorga en este país, en las mujeres aún sigue siendo un tema relativamente tabú.

Desde que el término fue acuñado hace unos 40 años, el síndrome de alcoholismo fetal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que se ha convertido lentamente en un problema de salud pública y por eso puso en marcha en 2010 el plan de "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol" como respuesta a la preocupación de su consumo mundial y mensaje es claro: NO HAY CANTIDAD SEGURA, por lo que la recomendación es no tomar ninguna cantidad de alcohol durante el embarazo y la lactancia.

"El síndrome alcohólico fetal en nuestro país es la tercera causa de retraso mental grave y la más fácilmente evitable", afirma el Ministerio de Sanidad de España que este año, con motivo de la celebración del Día

Mundial del Síndrome Alcohólico Fetal (TEAF) el 9 de septiembre pasado, celebró un acto institucional en el que se dieron cita especialistas que concluyen que si bien hay datos disponibles sobre la prevalencia del trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD), en España se estima que 5.000 niños pudieran nacer con este trastorno, otros estudios señalan que 1 de cada 10 nacidos tienen riesgo de padecerlo mientras que habría un 3% de niños no diagnosticados o diagnosticados erróneamente de otros trastornos. Respecto al consumo de alcohol de las mujeres en España se barajó una cifra tan alarmante como que el 50% de mujeres embarazadas consumiría alcohol en algún momento durante el embarazo en España.

Lo cierto es que en la "Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)", 1995-2017, el 91,2% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo tanto entre los hombres (93,6%) como entre las mujeres (88,8%), y la edad media de inicio en esta misma población es de 15,9 años en los varones y de 17,3 años en las mujeres.

La firma de este convenio la formalizaron en nombre de FAS Dña. Silvia Jato, Directora de Relaciones Institucionales de la fundación y Rosa Mª Plata, en calidad de Presidenta de la AEM y rubrica el compromiso de que ambas entidades, que a partir de ese momento, encauzarán conjuntamente sus esfuerzos para llevar a cada mujer el claro y único mensaje: **ALCOHOL y EMBARAZO-LACTANCIA son INCOMPATIBLES.**



De izquierda a derecha: por la AEM Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, Rosa Mª Plata, en representación de FAS, Silvia Jato y Paqui Mbomio. Foto: Camba Comunicación

## Evaluación, acreditación y próximos cursos de formación continuada de la AEM



El pasado octubre ha finalizado la nueva edición del curso de "Valoración de bienestar fetal intraparto", impartido por Dña. M<sup>a</sup> Dolores Sánchez Galán, matrona con gran experiencia en docencia y que revelada una vez más la excelencia de este curso, que ya se ha convertido en habitual en los programas de formación continuada de la AEM.

En esta ocasión nos satisface profundamente que dos ginecólogas se inscribieran en este curso, cuyas valoraciones son inequívocas de su calidad; la AEM indudablemente repetirá más ediciones del mismo porque la demanda sigue creciendo y existe lista de espera.

En noviembre la AEM organizó el curso de "Duelo perinatal" impartido por Jillian Cassidy, Presidenta de Umamanita y miembro de la Junta de ISA (International Stillbirth Alliance). Jillian Cassidy lleva trabajando para mejorar la atención a la muerte gestacional y neonatal desde pocos meses después del fallecimiento de Uma, su primera hija. Junto a su marido, a raíz de la muerte de su hija en 2007, fun-

daron Umamita, la primera organización española sin ánimo de lucro que apoya a las madres y padres tras la muerte perinatal.

Además de dar charlas ha desarrollado cursos de formación en la atención sanitaria tras la muerte gestacional y desde 2009 ha formado a más de 300 profesionales sanitarios por toda España. Es autora de la *Guía de Atención de Umamanita/EPEN*, además de varias investigaciones, artículos científicos y editoriales relacionadas con la muerte gestacional y neonatal en revistas como *The Lancet*, *BJOG* y *BMC Pregnancy & Childbirth*. Ha coeditado el libro *Historias de Amor*, una recopilación de 27 narrativas de madres y padres sobre la muerte perinatal.

Al tratarse de un curso para el que no se solicitó acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Madrid no hay registro de valoración de los asistentes, aunque todos ellos manifestaron a los organizadores su alta satisfacción con el curso en todos sus apartados.



Asistentes al curso de "Valoración del Bienestar Fetal" con la Prof. M<sup>a</sup> Dolores Galán



## Acreditaciones pendientes

Por otra parte, y finalmente, después de una demora incomprensible, injustificada y un sin fin de trabas burocráticas, la AEM ha recibido las acreditaciones pendientes de los cursos realizados en 2018 y 2019, solicitadas en tiempo y forma a la Comisión de Formación

Continuada de las Profesiones Sanitarias de Madrid. Sin embargo, aún quedan por resolver las peticiones del 2017, y algunas del 2018, un nuevo hecho indescifrable en este peregrino y enigmático proceder de la citada comisión, aunque por una cuestión lógica al tratarse de solicitudes de acreditaciones de los mismos cursos, tendrán el mismo resultado.

Todas las acreditaciones recibidas ponen en valor que tanto los objetivos de las actividades formativas, la organización y logística, la pertinencia de las actividades, la metodología docente así como la evaluación de los cursos, han conformado un componente cualitativo que, unido al cuantitativo de cada uno de ellos (horas), ha tenido como resultado la alta asignación de créditos a todos los cursos escogidos por la AEM.

Para la Asociación Española de Matronas es una doble satisfacción después de recibir las positivas valoraciones de los alumnos de cada curso, obtener estas evaluaciones por parte de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Madrid que, de esta manera, también deja patente el esfuerzo humano y económico de esta asociación para con la formación continuada de las matronas, invariablemente, un objetivo prioritario de la AEM.



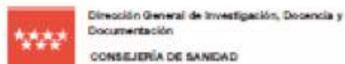
Asistentes al curso de "Duelo perinatal" impartido por Jillian Cassidy

### Propuesta de cursos de la AEM para 2020

(Pendientes de fijar fechas por la agenda del profesorado)

1. Actualización en Atención Primaria.
2. Anticoncepción.
3. Control de bienestar fetal intraparto.
4. Ecografía básica para matronas.
5. Duelo perinatal.
6. Recuperación de suelo pélvico.
7. Suturas y anudados.
8. Urgencias obstétricas.

# Agenda | Evaluación, acreditación y próximos cursos de formación continuada de la AEM



Comunidad de Madrid

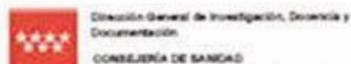
## Anexo

Relación de actividades docentes acreditadas mediante la presente resolución:

Número total de actividades docentes en el presente documento: 1

1	
Nº de expediente	07-AFOC-06996.0/2018
Fecha de Registro	26/07/2018
Título	VALORACIÓN DE BIENESTAR FETAL INTRAPARTO
Proveedor	Asociación Española de Matronas
Modalidad	Presencial
Profesiones	Enfermería
Fecha de propuesta de la Comisión	08/10/2019
Créditos	3,2

Edición	Fecha inicio	Fecha fin	Localidad (Provincia)
001	15/10/2018	18/10/2018	MADRID (MADRID)



Comunidad de Madrid

## Anexo

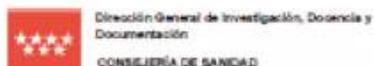
Relación de actividades docentes acreditadas mediante la presente resolución:

Número total de actividades docentes en el presente documento: 1

1	
Nº de expediente	07-AFOC-09159.3/2018
Fecha de Registro	19/12/2018
Título	HABILIDADES DE LAS MATRONAS EN EL PARTO DISTÓCICO
Proveedor	Asociación Española de Matronas
Modalidad	Presencial
Profesiones	Enfermería
Fecha de propuesta de la Comisión	29/10/2019
Créditos	3,3

Edición	Fecha inicio	Fecha fin	Localidad (Provincia)
001	03/04/2019	10/04/2019	Madrid (Madrid)





**Comunidad de Madrid**

### Anexo

Relación de actividades docentes acreditadas mediante la presente resolución:

Número total de actividades docentes en el presente documento: 2

1

Nº de expediente	07-AFOC-06929.0/2018
Fecha de Registro	26/07/2018
Título	CURSO DE ECOGRAFIA BASICO PARA MATRONAS
Proveedor	Asociación Española de Matronas
Modalidad	Presencial
Profesionec	Enfermería
Fecha de propuesta de la Comisión	29/10/2019
Créditos	3,6

Edición	Fecha inicio	Fecha fin	Localidad (Provincia)
001	09/10/2018	10/10/2018	MADRID (MADRID)

2

Nº de expediente	07-AFOC-06988.2/2018
Fecha de Registro	26/07/2018
Título	CURSO DE ACTUALIZACIÓN TEORICO PRACTICA DE ATENCION PRIMARIA PARA MATRONAS
Proveedor	Asociación Española de Matronas
Modalidad	Presencial
Profesionec	Enfermería
Fecha de propuesta de la Comisión	29/10/2019
Créditos	4,7

Edición	Fecha inicio	Fecha fin	Localidad (Provincia)
001	10/01/2019	16/01/2019	MADRID (MADRID)



## Adhesión de la AEM a Nursing Now España

La Asociación Española de Matronas (AEM) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se han reunido el pasado noviembre con los representantes del Consejo General de Enfermería (CGE) para formalizar su adhesión al movimiento Nursing Now España, adscrito a la campaña mundial lanzada por el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Burdett Trust for Nursing (UK) (2018-2020), un movimiento que no ha dejado de crecer desde que se pusiera en marcha y que cuenta ya en España con 26 miembros, entre los que se encuentran el Ministerio de Sanidad, sociedades científicas, asociaciones de enfermería, otras entidades y particulares relacionados con el ámbito sociosanitario y publicaciones especializadas.

El Presidente del Consejo, Florentino Pérez Raya, subrayó que este movimiento "es una oportunidad que ni debemos ni vamos a desaprovechar para visibilizar la profesión y conseguir que por fin las enfermeras/os y matronas/es ocupen el lugar que se merecen", lo que todos los asistentes compartimos.

Tras la firma protocolaria, ambas entidades representantes de las matronas de España, con la asistencia también de la Vocal del Consejo General de Enfermería, Gloria Boal, aprovecharon el encuentro para analizar la situación de la profesión y las principales preocupaciones del colectivo con el Consejo ejecutivo del CGE, incidiendo en temas de suma importancia como la prescripción autónoma de matronas (que lleva otra vía diferente al de la prescripción enfermera) ya regularizado en el último decreto RD 1302/2018, publicada el 23 de octubre de 2018. La excepcionalidad de las matronas a las que nuevamente este último decreto alude en su disposición adicional primera ha de concretarse como ya en repetidas ocasiones la AEM ha trasladado al Ministerio de Sanidad y de lo que ha dejado constancia en el Nº 1, AÑO 2016 de esta revista, extremo que compartían el resto de representantes de matronas de la reunión.

Los trabajos a este respecto se han iniciado el pasado septiembre con la creación de un Grupo de Trabajo en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia



Adhesión de las matronas a Nursing Now

del Consejo Interterritorial del SNS, para la elaboración y validación de los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de los enfermeros de medicamentos sujetos a prescripción médica. Dado que en el ámbito de las enfermeras especialistas en enfermería obstétrico-ginecológicas (matronas) se llevan a cabo diariamente gran cantidad de actuaciones en las que se indican o usan medicamentos sujetos a prescripción médica, los representantes del CGE en la citada comisión, su vicepresidente José Luis Cobos y su secretario Diego Ayuso Murillo, nos trasladaron a las dos entidades representativas de las matronas la petición del envío de protocolos ya existentes a través de los que las matronas venimos realizando este tipo de actuaciones para aportarlos y discutirlos en dicha comisión.

Entendemos que este es un primer paso y accedimos a su petición, pero la AEM les ha trasladado a los representantes del CGE que el interés lícito de las matronas es el desarrollo del listado autorizado de medicamentos para prescripción autónoma, para lo que ineludiblemente estamos facultadas por formación y competencias reconocidas en el marco de las directivas europeas, y a tal efecto también les hemos remitido una lista de medicamentos agrupados por grupos terapéuticos de uso en el entorno de la asistencia, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria.

La Asociación Española de Matronas en esta reunión ha comunicado a los representantes del CGE dos puntos importantes:

Su máxima colaboración y la firmeza de que la AEM no pretende un acuerdo de mínimos en la lista de medicamentos que finalmente el Ministerio autorice para prescripción autónoma de matronas, sino de máximos, o sea, todos aquellos necesarios que garanticen la autonomía de la matrona en el desempeño de sus funciones en los dos niveles de atención sanitaria.

Gloria Boal introdujo el tema del uso del ecógrafo por parte de las matronas y las dificultades a las que estas se siguen enfrentando en los centros de Atención Primaria, denunciando desde centros de salud que no solo no les facilitan la formación básica de manejo, cosa que sí facilitan a los médicos de Atención Primaria, sino que incluso les prohíben su empleo. Parece que el problema radica una vez más en la falsa presunción de los médicos de que este

es un terreno propio, en exclusiva, y las matronas con su utilización entrarían en competencia usurpándoles funciones para las que además no están facultadas, en su opinión y como justificativo de su rechazo. No se trata de un intrusismo porque las matronas pretenden hacer ecografía básica obstétrica, lo que sin duda reportará beneficios tanto en términos de salud para la mujer, como de gestión de recursos humanos y económicos para el propio sistema sanitario.

Finalmente la presidenta de la Federación puso sobre la mesa la baja ratio de matronas por cada 100.000 mujeres en España, una de las más bajas de los países del entorno europeo, ya que mientras la media de los países de la OCDE está en 69, en España no llega ni a 31, lo que dificulta el pleno desarrollo de las competencias de matronas muy bien definidas en la legislación europea y traspuestas al sistema jurídico español, a pesar de lo cual si bien "las obstétricas están ya asentadas no tanto así las ginecológicas y, posiblemente, esto sea consecuencia de esas ratios tan bajas que venimos arrastrando", comentaba M<sup>a</sup> Jesús Domínguez. Está constatado que 87% de las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres pueden asumirlas las matronas, pero con tan bajo número de profesionales en España es algo que aún está muy lejos de suceder, lo que de rebote repercute negativamente también en la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, Florentino Pérez Raya corroboró el comentario afirmando, de este modo, que es el mismo problema que acosa a las enfermeras aunque afortunadamente "contamos con profesionales altamente cualificadas que desempeñan su trabajo buscando siempre las más altas cotas de excelencia y así lo reflejan las encuestas, que siempre nos sitúan cómo la profesión sanitaria mejor valorada, pero esto no es óbice para la precariedad laboral en que se encuentran. Debemos alcanzar ratios acordes a los países de nuestro entorno y, por supuesto, dotarlas de los medios que necesitan para desempeñar su trabajo en las mejores condiciones".

Tras esta reunión las matronas nuevamente fuimos convocadas a la sede el CGE para la primera reunión del Grupo Nacional de Nursing Now, en la que el CGE presentó las actividades ideadas para esta campaña, acciones todas ellas destinadas a dar la mayor visibilidad posible a enfermeras y matronas en el 2020.

# Agenda

## Adhesión de la AEM a Nursing Now España

La AEM apoya el 11 Congreso Anual de la International Stillbirth Alliance (ISA 2019) y premia la labor de las matronas

De hecho, una parte muy importante, aunque no la única porque se presentaron otras 10 acciones más, se centra en el plan de visibilidad enfermera en los medios de comunicación, de los que se espera, por el gran alcance y por ser herramientas fundamentales de marketing, tv y radio fundamentalmente, un buen resultado.

En esta ocasión, la presidenta de la Asociación Española de Matronas, Rosa Mª Plata, trasladó al Consejo la paradoja de la denominación de la campaña, ya que si bien se ha declarado 2020 como el año de las enfermeras y matronas y contando con que pocos países en el mundo la "matronería" es una especialidad enfermera, el título de la campaña no se ajusta a la realidad, puesto que en inglés existe el término "Midwifery" que debería ir conjuntamente con "Nursing" para especificar a ambas profesiones. Por ello, y en nombre de la AEM, proponía la posibilidad de acuñar un nuevo logo de campaña en español para España, que incluso podrían adoptar todos los países hispanoparlantes del mundo que se han sumado a esta campaña internacional y cuyas matronas seguro han sentido, al igual que las españolas, que no están incorporadas explícitamente en la divisa de la campaña.



Reunión del grupo nacional de Nursing Now

## La AEM apoya el 11º Congreso anual de la International Stillbirth Alliance (ISA 2019) y premia la labor de las matronas



UMA.MANITA

Apoyo para la muerte perinatal & neonatal



El pasado mes de octubre se ha celebrado por primera vez en España el 11º Congreso anual ISA 2019 de la International Stillbirth Alliance. Anteriormente celebrado en países como Australia, Noruega, Holanda, Vietnam, Canadá o Irlanda, esta reunión es uno de los eventos más importantes del año para la comunidad científica, profesionales sanitarios y madres y padres que trabajan constantemente para reducir los cinco millones de muertes perinatales que se dan anualmente en todo el mundo y para prestar el mejor apoyo al duelo para las familias

que sufren la muerte de un niño antes, durante o después del parto.

Como muchos otros países de rentas altas, España ha tenido gran éxito en la reducción de la tasa de mortalidad perinatal. Hoy en día se sitúa en torno a cinco muertes por 1.000 nacimientos, cifra que, si bien ha descendido mínimamente en los últimos 15 años, requeriría una investigación concienzuda de factores negativos concomitantes con la maternidad de las últimas dos décadas y no existentes anteriormente, que justificarían este estancamiento así como explicarían el descenso casi geométrico y tan exitoso desde la década de los 70 hasta el 2000, situando a España entre los cinco primeros países del mundo con menor mortalidad materna y perinatal.

Por otra parte, y a diferencia de los países anglosajones y del Norte de Europa, la implementación nacional de buenas prácticas en la atención al duelo es un fenómeno relativamente nuevo, figurando en la agenda de los servicios nacionales de salud hace tan solo 10 años.

La Asociación Española de Matronas ha colaborado con este encuentro por la trascendencia, que sin duda siempre tendrá este tema en el entorno de la asistencia materno-infantil, y aunque son evidentes los esfuerzos que han situado a España con una tasas de mortalidad perinatal de las más bajas del mundo, la atención al duelo es un asunto que forma parte de las competencias de las matronas, lo que requiere que estas estén bien formadas para manejar estas situaciones tan humanas como terribles, que inexorablemente se producen en el medio profesional y en las que madres-padres-familias afectados necesitan la mejor atención de los propios profesionales. Estos a su vez requieren conocer estrategias de afrontamiento, y habilidades de comunicación para ayudar a afrontar un duelo sano; por otra parte, la AEM pone énfasis también en la necesidad del autocuidado de los profesionales para protegerse psicológicamente del estrés que sufren en estas situaciones de gran complejidad y afectación bidireccional, que pueden repercutir en la calidad de vida del propio profesional y en la atención que este presta también.

En esta ocasión la AEM ha querido colaborar con la difusión de este evento y ha patrocinado el Premio a la Mejor Comunicación en formato Póster elaborado por matronas, que recayó en el titulado: *Preventing stillbirths and the role of the midwife during the pre-conception and antenatal period*, cuyos autores son: Elena García Fernández, matrona en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid; Ana Fernández García, médico in-

terno residente especialista en Medicina familiar y comunitaria en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid; María Jesús Gutiérrez Martín, tutora coordinadora de la Unidad Docente de Matronas de Valladolid-Segovia y matrona en el Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; María Rives Molina, matrona en el ST's Mary Hospital de Manchester (UK); Yolanda del Campo Sanz, matrona en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid; Soraya Varona Iglesias, matrona de Hospital de Laredo de Cantabria; Laura García Calvo, médico interno residente especialista en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario La Paz de Madrid; y Koon Loong Chan, consultor obstetra y subespecialista en Medicina Fetal y Materna en el ST's Mary Hospital de Manchester (UK).

A juicio de la AEM el trabajo mereció el premio no solo por su calidad metodológica, sino por la pertinencia del tema y la gran visibilidad que se da a la intervención de la matronas en la prevención de muertes perinatales desde el momento de la preconcepción y asistencia prenatal, como han confirmado ya organismos internacionales de salud y miembros de la comunidad científica internacional.

A petición de la AEM, la autora principal, con parte del equipo que obtuvo el premio, ha elaborado un artículo de revisión con base en este, que se incluye en el presente número de esta revista bajo el título: "El papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas durante el periodo de preconcepción y antenatal".



Elena Fernández García, autora principal del equipo de trabajo ganador del Premio al Mejor Póster realizado por matronas en el Congreso ISA 2019

## La AEM se solidariza con las matronas/es chilenas/os

Hacia tiempo que en Chile se respiraba un ambiente tensionado social y políticamente que, a todas luces, algún día habría de estallar y así ha sido.

Antes del 19 de octubre, fecha en que los ciudadanos se echaron a la calle, era noticia el desproporcionado precio de los medicamentos, las exiguas pensiones que abocaban a muchos chilenos prácticamente a la indigencia, etc. Los medios de comunicación hacía tiempo que venían hablando del clasismo en la cobertura sanitaria, de la delincuencia, del mal uso de recursos entre parlamentarios, del desprestigio político cada vez mayor, de las largas jornadas de trabajo y las bajas remuneraciones, del aumento del desempleo, de las amenazas que ensombrecían las expectativas económicas en medio de la guerra comercial mundial...

Con todo esto no es de extrañar que se produjera una movilización social, protestas y marchas masivas que se iniciaron pacíficamente, pero que incrementaron el tono y la acción acabando en una furia contra las estaciones del metro, saqueos e incendios como respuesta directa al rechazo al alza de los precios del Metro en Santiago, el segundo más caro de Latinoamérica. Tras esta circunstancia única y concreta, y que lícitamente debían reclamar los chilenos en un país democrático, subyacía un malestar contenido y arrastrado

por décadas por el pueblo chileno: Chile un país moderno y con posibilidades de seguir creciendo y en el que poder vivir dignamente, estaba asolado por la desigualdad social fruto del abuso y la mala gestión de sus gobernantes.

El gobierno chileno, a la cabeza del cual el propio presidente Piñero declaró al inicio de las revueltas "estamos en guerra contra un enemigo poderoso", decidió sacar a los militares a las calles, declarar el toque de queda al más puro estilo dictatorial sin asumir que el propio gobierno es responsable en gran parte de la situación que vive Chile y los chilenos, y que en política hay que dialogar si las facciones enfrentadas quieren arreglar las cosas. Son conocidos, incluso en el exterior, los casos de corrupción, de financiación ilegal del propio gobierno, o los casos de desfalcos millonarios y las sospechas de violaciones de derechos humanos por parte de las fuerzas de seguridad del Estado (carabineros y ejército). Por eso me atrevo a decir como tantos, que el pueblo chileno no ha iniciado una guerra, sino que se ha unido y constituido en una fuerza social sólida que va creciendo y dejando atrás los miedos y ya se manifiesta para reclamar sus derechos bajo el lema "Chile despertó", a pesar del espanto represivo en las calles.

## Las matronas de Chile alzan su voz y se solidarizan con las mujeres en medio del estado de emergencia

Las matronas/es chilenas/os conforman 20 Consejos regionales a lo largo del país, con un total aproximado de 2.500 matronas/es colegiadas/os, se han unido a los otros 13 gremios de la salud para movilizarse en contra del presupuesto de salud en una manifestación realizada frente al Palacio de la Moneda, protestando por el exiguo aumento del presupuesto en un 5,7% en salud para el 2020, el más bajo de los últimos cinco años. Así mismo, trasladaron al gobierno las siguientes peticiones:

- Asegurar el financiamiento a los prestadores públicos, entregando nuevas partidas presupuestarias para los centros asistenciales que viven la crisis de insumos.
- Aumento del presupuesto en salud 220, alcanzando el 6% del PIB en gasto público para salud en un plazo de tres años.
- Aumento per cápita a \$ 9.000 para la Atención Primaria de Salud.

- Fin de la discriminación en salud: fondo universal mancomunado en salud para todo el país, que incluya cobertura de los medicamentos más utilizados por la población.
- Disminuir la brecha de recursos humanos, fortaleciendo el aumento de la dotación, su especialización según las necesidades del país y mejorando las condiciones contractuales de los funcionarios de salud.

Además, las 14 entidades de la salud firmaron la siguiente declaración:

- Hemos sido testigos de una de las crisis sociales más grandes que se tenga memoria en la historia reciente de Chile, y lo que es peor, hemos visto la incapacidad de un gobierno de evitar llegar a este extremo, decretando medidas propias de un régimen autoritario y no de una democracia consolidada y moderna.
- Esto es síntoma de una enfermedad mayor que tiene el país, que es la inequidad y la desigualdad, y que es el motivo principal de nuestra demanda como gremios de la salud pública, que venimos luchando por garantizar que cerca del 80% de la población tenga condiciones dignas de acceso a los servicios de atención de salud en los distintos niveles de la Red Asistencial.
- Por eso, nos solidarizamos con aquellos que han salido pacíficamente a protestar en Santiago y regiones, a quienes claman por mayor justicia social con una cacerola en mano, un cartel o un bocinazo. Del mismo modo, condenamos enérgicamente los actos de violencia que han afectado a propiedades públicas y privadas.

- Chile necesita estar más unido que nunca, y que todos los sectores, sean políticos, gremiales, los poderes del Estado y también el empresariado, asuman que este no es un hecho aislado, que la gente despertó de un sopor mantenido artificialmente por décadas y que hoy se requiere dejar las mezquindades de lado y urge un gran pacto social, abierto a la ciudadanía.
- Esperamos que los actos de violencia terminen, que se acaben a la brevedad los estados de excepción y la presencia militar en las calles. Nuestros asociados y asociadas están coordinados para atender a la población más necesitada, y continuaremos también organizados para continuar la movilización contra el Presupuesto de Salud.

*Colegio Médico  
Colegio de Matronas y Matrones  
Colegio de Veterinarios  
Colegio de Fonoaudiólogos  
Colegio de Terapeutas Ocupacionales  
Colegio de Trabajadores Sociales  
Colegio de Psicólogos  
Colegio de Cirujanos Dentistas  
Colegio de Kinesiólogos  
Colegio de Tecnólogos Médicos  
Colegio de Enfermeras  
Colegio Químicos Farmacéuticos  
Colegio de Bioquímicos  
Colegio de Nutricionistas*

Santiago, 20 de octubre de 2019

## Las matronas se comprometen con las mujeres ante la imposición del "toque de queda"

No sabría evaluar el número de matronas/es y resto de españoles que podrían dar una respuesta exacta de lo que significa un "toque de queda". Desde luego lo que sí aseguro es que muy pocos, tan solo aquellos de avanzada edad que sufrieron la guerra civil española, lo han vivido en España.

El diccionario de la RAE define "toque de queda" como la "medida gubernativa que, en circunstancias excepcionales, prohíbe el tránsito o permanencia en las calles de una ciudad durante determinadas horas, generalmente nocturnas". Lo que por otra parte añado, supone una violación de los derechos humanos e in-

# Agenda | Las matronas se comprometen con las mujeres ante la imposición del "toque de queda"

cluso también de los derechos constitucionales en algunas legislaciones del mundo, como en España entre otras, si se diera el caso.

La situación de Chile en estos últimos días, que más o menos todos conocemos a través de los medios de comunicación internacionales y que de forma somera relatamos en este artículo, también tiene un lado humano que queremos destacar y es el de las matronas de este país hermano que no se han arredrado y han salido a pedir, unidas entre sí y con el resto de gremios sanitarios, lo que es de justicia, sin olvidarse de que en estos momentos de terrible tensión en el país, elevada esta al máximo con la imposición del toque de queda, las mujeres más que nunca siguen necesitando de las matronas.

De forma rápida este colectivo profesional reaccionó a través de su presidenta, advirtiendo públicamente del problema que el toque de queda podría representar para las mujeres que estando en la etapa final del embarazo necesitaran acudir a un centro asistencial, algo que pudiera acaecerles a cualquier hora, sin programación posible y sin disponer de tiempo suficiente para solicitar un pase especial de tránsito; continua añadiendo la Sra. Román que existe la preocupación de que no hubiera directrices de cómo proceder, ya que el cuerpo de carabineros no estaba entregando salvoconductos, por lo que las matronas apremiaban al Ministro de Salud para que se pronunciara al respecto por los canales formales con rapidez, previa coordinación con el Ministerio del Interior.

La Sra. Román sugería "que el uso del pase de control de embarazo fuera documento suficiente para poder transitar por la ciudad", recordaba con profundo malestar las complicaciones sufridas por muchas mujeres que por miedo esperaron hasta el término de queda para acudir al hospital en los años 70 y 80, en los que Chile estuvo sometido a otro toque de queda.

Ante esta imposición actual, y con la experiencia de lo vivido por tal motivo en las otras ocasiones, desde el Colegio de Matronas/es de Chile se instó a los profesionales colegiados a sumarse voluntariamente a una lista de profesionales disponibles para atender las consultas y orientar a mujeres gestantes, en medio del Estado de Emergencia que se vive en el país, en palabras de la presidenta "en algún apremio especialmente durante el toque de queda". De la misma manera, el colegio ha dispuesto de un teléfono para atender a las mujeres que han sido violadas y de las que han abusado sexualmente, que parecen haber sido un buen número, en los días del toque de queda.

Deseando que a la mayor brevedad se imponga el entendimiento y la justicia y el pueblo chileno recupere la paz y el sosiego que merece, desde la Asociación Española de Matronas os rendimos, colegas chilenas, tributo de respeto, admiración y cariño, ¡sois un ejemplo para la profesión mundial!

**¡Animo, fuerza y mantened vuestro compromiso!**

## Carta a la Presidenta del Colegio de Matronas de Chile

Estimadas colegas matronas/es de Chile:

En nombre propio y de la Asociación decana de matronas de España, la Asociación Española de Matronas (AEM) que me honro en presidir, quiero enviaros un mensaje de apoyo y solidaridad en este infausto momento que todos los chilenos de bien estáis viviendo.

Al entendimiento y respeto profesional que nos une desde que nos conocemos, hoy, por parte de las matronas de la AEM, se une nuestra admiración hacia vosotras/os matronas/es chilenas/os porque en estos momentos de especial dificultad en vuestro país, con vuestras comprometidas y decididas acciones en favor de la salud de la mujer y por extensión de toda la sociedad chilena, demostráis sin ambages el grado de compromiso profesional adquirido.

Hace años que la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que la salud de la mujer durante sus años reproductivos es importante no solo para ellas mismas, sino porque también tiene repercusiones en la salud y desarrollo de la siguiente generación. Ese es el reto y el privilegio de las matronas.

La propia OMS apunta incluso las trascendentes consecuencias y los costos que acarrea no atender los problemas de salud en el momento apropiado de la vida de las mujeres. En un mundo cuya población está envejeciendo, la gran dificultad recalca, estriba, en prevenir y gestionar los factores de riesgo ahora para conseguir que no conduzcan mañana a problemas crónicos de salud. La agencia mundial insiste en destacar la importancia de las múltiples aportaciones de las mujeres a la sociedad: en su función productiva y reproductiva, como consumidoras y, al mismo nivel de importancia, como prestadoras de asistencia sanitaria, y como reconocimiento de esta realidad propugna la realización de reformas para lograr que las mujeres sean agentes fundamentales en la prestación de asistencia sanitaria y, sobre todo, que desempeñen una función medular en la concepción, la gestión y la prestación de los servicios de salud.

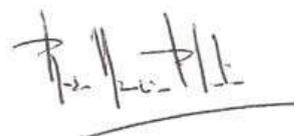
Solo los gobiernos y responsables de salud que han entendido que, aparte de la legitimidad de que las mujeres de cualquier país debiéramos tener en el acceso igualitario a la salud, invertir en salud de la mujer es invertir en salud de la sociedad, demuestran tener claro la directriz para conseguir una sociedad no solo justa e igualitaria, sino próspera y productiva.

Por todo ello, queridas, y ahora además especialmente admiradas, matronas/es chilenas/os, os animamos desde esta nuestra España, cuya historia está fuertemente ligada con Hispanoamérica y estrechamente con Chile, un país que merece la admiración del mundo porque sus gentes habéis trabajado y caminado hacia adelante hasta convertir a vuestro país en el de mayor nivel de desarrollo en Hispanoamérica, democrático y con una economía abierta al mundo, a seguir defendiendo los derechos de la población a una sanidad equitativa y bien gestionada, poniendo el acento en la salud de la mujer.

Creemos y nos enorgullece decir que las matronas/es chilenas/os habéis entendido como nadie que solo así conseguiréis empujar a Chile y convertirlo en un país cada día más desarrollado, sin pobreza, con altos niveles de desarrollo humano que pueda ofrecer mejor calidad de vida para todos. Deseando que a la mayor brevedad se imponga el entendimiento y la justicia, y el pueblo chileno recupere la paz y el sosiego que merece, desde la Asociación Española de Matronas os rendimos, colegas, tributo de respeto, admiración y cariño.

¡Ánimo, fuerza y compromiso, matronas/es chilenas/os, sois un ejemplo para la profesión mundial!

En Madrid, a 28 de octubre de 2019



Fdo: Rosa Mª Plata Quintanilla  
Presidenta Asociación Española de Matronas



Pa*z*

Reír 

Soñar  Amor

Cantar algo nuevo Aprender sentir

Amar  Abrazar

Compartir  Disfrutar 

Emocionarse  Felicidad

Bailar  Aprende algo que siempre deseaste 

Ayudar Querer Vivir con pasión 

Besar  Cumplir un sueño  Familia 

Amigos  Abrazar  Oportunidades  Amor 

 Esperanza  Compartir 

Que tu alegría se multiplique por

2020 veces

¡Feliz Navidad!