



## SUMARIO

### ■ Editorial

### Originales

- Utilidad de la formación continuada de matronas en un campamento de refugiados: una visión cualitativa
- Enfermedades de transmisión sexual en un colectivo de mujeres inmigrantes
- Aversión o agitación de la lactancia: experiencia vivida y repercusiones en la lactancia

### Revisiones

- Evaluación de eventos adversos en la asistencia sanitaria, el caso obstétrico

### Caso clínico:

El papel de la matrona en la encefalopatía posterior reversible. A propósito de un caso

### Echando la vista atrás:

Decálogo de la Buena Matrona

### Agenda:

- Posposición del XX Congreso Nacional de Matronas por el COVID-19
- La AEM frente a la pandemia COVID-19



- Campaña "Porque él bebe lo que tú bebes"
- Relevo en la Comisión Nacional de Matronas
- La AEM apoya a las matronas de Madrid por una bolsa de empleo específica
- La AEM con el Día Internacional de la Matrona, 5 de mayo



**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. 8 - nº 1 abril-agosto 2020

## Editorial

4

## Originales

Utilidad de la formación continuada de matronas en un campamento de refugiados: una visión cualitativa .....	6
José Manuel Martínez-Linares, María Isabel Sanz-Daza-Huete	
Enfermedades de transmisión sexual en un colectivo de mujeres inmigrantes .....	17
Cristina Regata Cuesta	
Aversión o agitación de la lactancia: experiencia vivida y repercusiones en la lactancia .....	21
Esther Conde Puertas, Inmaculada Hernández Herrerías, Elena Conde Puertas	

## Revisiones

Evaluación de eventos adversos en la asistencia sanitaria, el caso obstétrico .....	29
María Isabel Fernández Aranda	

## Caso clínico

El papel de la matrona en la encefalopatía posterior reversible. A propósito de un caso .....	39
Cristina Barana Vidal, Rosa Mar Alzuria Alós	

## Echando la vista atrás

Decálogo de la Buena Matrona .....	44
------------------------------------	----

## Agenda

Posposición del XX Congreso Nacional de Matronas por el COVID-19.....	47
La AEM frente a la pandemia COVID-19 .....	48
Campaña "Porque él bebe lo que tú bebes" .....	49
Relevo en la Comisión Nacional de Matronas .....	51
La AEM apoya a las matronas de Madrid por una bolsa de empleo específica .....	52
La AEM con el Día Internacional de la Matrona, 5 de mayo .....	52

# Editorial

## Los números sí importan en gestión de recursos humanos (matronas)

Nunca me ha gustado dar por válidas cosas, hechos históricos, números, que no pueda comprobar, y hoy una vez más se me ha venido a la cabeza la situación de las matronas en España: ni sabemos las que somos, ni dónde, ni en qué situación laboral estamos. Sí, me gustan los números sobre todo cuando de ellos depende la argumentación de demandas destinadas a lograr mejoras fundadas en evidencias y datos objetivos, pero en nuestro caso es una labor desesperante porque habría que peinar el país de arriba hacia abajo (o viceversa) para saber cuál es el número real de activos. Y conste que el INE no tiene la culpa, porque ellos puntualmente cada año reflejan en su página el número de enfermeros con título de matrona que el Consejo General de Enfermería, a través de sus colegios autonómicos, les remite. Sin embargo, aquí tenemos las matronas otro problema de ser enfermeras (uno de los menores por cierto) y es que no es necesario aportar el diploma de la especialidad para trabajar, simplemente con estar colegiado como enfermera/o basta y por eso, salvo que a golpe de teléfono y contactos rastreemos cada mapa sanitario de todas y cada una de las CC.AA., no tendremos el dato.

Esta labor ya nos la planteamos desde la Asociación Española de Matronas hace años como un beneficio para toda la profesión, pero aún no lo hemos conseguido definitivamente. Desde la AEM somos conscientes del exiguo contingente de matronas para este país, hemos hecho muchas proyecciones al respecto y llevamos más de 40 años batallando porque esta situación mejore. Y seguimos dando batalla pero queremos "estrechar el cerco" y para eso es imprescindible números recogidos con rigor y analizados concienzudamente a ver si podemos de una vez "sacar los colores" a muchos políticos. Esos políticos que se olvidan de nuestras penurias laborales; los mismos que se acuerdan de los sanitarios para racanearnos el sueldo u otros beneficios que nos hemos ganado o como en este momento que estamos viviendo la crisis del COVID 19, para negarnos cualquier permiso de asistencia a congresos, y no precisamente por cuidar de nuestra salud, sino para que no les falten efectivos para batallar con este desconocido virus aunque algunos lo tengan que hacer sin material adecuado, aunque su obligación sea planificar las necesidades de suministros.

Las Administraciones son especialmente "duras de oído" en todo lo relacionado con "rascarse el bolsillo", aunque sea para hacer una buena inversión con pingües beneficios asegurados, como sería "gastar" en matronas. No se si no saben o se olvidan de que sin contar las mujeres españolas fuera de la edad fértil, cuya salud sexual también cuidan las matronas, hay otras 10.488.107 mujeres que además requieren atención a su salud reproductiva, lo que depende en gran

parte de este puñado de matronas españolas. Las Administraciones sanitarias en general hacen oídos sordos a las peticiones de ese incremento necesario de matronas para una mejor atención a las mujeres y en muchos casos, una racionalización del trabajo de muchas matronas que solo piden legítimamente trabajar en condiciones dignas, porque yo sepa ninguna firmó una plaza en la que se incluya "la autoinmolación" por la Sanidad Pública.

Creo que en otra ocasión en esta revista ya mencioné (criticando su inexistencia) el Registro de Profesionales sanitarios que se "creó" en 2012, aunque su génesis está en la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud del 2003; resulta que hemos llegado al 2020 y de momento "es agua en una cesta". Lo paradójico es que nació con dos fines tan loables como imprescindibles: establecer un sistema de información que facilite la planificación de las necesidades de profesionales de la sanidad en el ámbito estatal y facilitar información para coordinar las políticas de recursos humanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Poco tiempo de vida ha tenido, "falleció intra-útero", diríamos nosotras, ¡y eso que hasta para impulsarlo se ha elaborado un Real Decreto enmarcado como medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones! Nada, ¡esto es otro brindis al sol!

Por las fechas imagino que esta fue una de tantas iniciativas que el siguiente gobierno de turno dejó aparcada, llegó a un nuevo ejecutivo y como en los últimos años "la cosa" está revuelta se olvidaron de tal minucia. Sería bueno para usuarios, profesionales y mucho más para la Administración, pero seguimos funcionando por ¿inercia?, y con suerte, añadiría yo, porque tanta desconsideración hacia los profesionales es increíble que se pague por nuestra parte con tanta lealtad como la que regalamos los sanitarios en general al sistema. En este "Reino de Taifas" que, en muchos sentidos se ha convertido la España Autonómica, parece que ni siquiera ideas estupendas, beneficiosas para todos, son aceptadas con ánimo de colaboración y responsabilidad. Porque es que el problema de entrada radica en el Gobierno central que "no tira del carro", porque la propia Ley de forma explícita indica que "será misión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad implementar de forma progresiva el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios a las distintas profesiones sanitarias y la actualización permanente de los datos". Incluso el Gobierno central tiene la suerte de no tener que pedir colaboración voluntaria a las CC.AA., a veces tan remisas a la participación en lo ajeno, "a su propio reino"; gracias a la Ley 14/1986, ley General de Sanidad, todas las entidades estarían obligadas a facilitar los datos

y advierte que por falta de colaboración, resistencia u obstrucción a facilitar información o suministrar datos, podría aplicárseles el régimen sancionador previsto en esa ley, ¡y la recaudación vaya bien que funciona en España, al menos con los de a pie!

Sí, hoy está siendo un día de enfado monumental y todo empezó porque al querer asomar la cabeza "al mundo", por decirlo de una forma poética y de forma más prosaica, ver la situación de la Sanidad española, me adentro en las Estadísticas de la OECD de la que España es miembro junto a otros 37 países del mundo. Despliego una tras otra las pestañas y me encuentro que no hay datos de las matronas españolas, ¡cómo los iba a haber si nuestro propio país los desconoce!, me digo yo. Pero es que me encuentro con la siguiente aclaración por parte de la OECD: "Las matronas y auxiliares de enfermería (que no son reconocidas como enfermeras) normalmente están excluidas, aunque algunos países incluyen matronas, ya que se consideran enfermeras especializadas". Buena la explicación, y eso que en el mundo son absolutamente minoritarios los países en los que las

matronas son una especialidad enfermera. Gracia tiene el enunciado "las matronas y las auxiliares de enfermería (que no son reconocidas como enfermeras)", así escrito choca bastante, al menos en este país, porque mientras las enfermeras somos tituladas universitarias, las auxiliares no lo son. Así que las matronas debemos de estar incluidas en ese 5,7 x 1.000 hab. de enfermeros que remite España y que nos coloca en el puesto 27 de 38 países que transmitieron datos a esta organización internacional en el 2017, aunque tranquilos que casi en el "top ten" tenemos a los médicos españoles que por número se sitúan en el puesto 11 de la tabla. Tampoco es que sea ingenua o irresponsable para creer a ciegas esta estadística porque solo Dios sabe cómo comunica cada país sus datos, ¡para muestra valga el nuestro!, pero esto es lo que hay.

Rosa Mª Plata Quintanilla  
Directora de *Matronas hoy*

## Utilidad de la formación continuada de matronas en un campamento de refugiados: una visión cualitativa

<sup>1</sup> José Manuel Martínez-Linares  
<sup>2</sup> María Isabel Sanz-Daza-Huete

<sup>1</sup> Universidad de Jaén. [jmlinare@ujaen.es](mailto:jmlinare@ujaen.es)

<sup>2</sup> Servicio Andaluz de Salud. [mhuetesanzdaza@gmail.com](mailto:mhuetesanzdaza@gmail.com)

E-mail: [jmlinare@ujaen.es](mailto:jmlinare@ujaen.es)

[mhuetesanzdaza@gmail.com](mailto:mhuetesanzdaza@gmail.com)

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

Fecha de recepción: 28 de noviembre de 2019.

Fecha de aceptación: 2 de marzo de 2020.

### Cómo citar este artículo:

Martínez-Linares JM, Sanz-Daza-Huete MI. Utilidad de la formación continuada de matronas en un campamento de refugiados: una visión cualitativa. *Matronas Hoy* 2020; 8(1):6-16.

### Resumen

**Introducción:** la historia del pueblo saharauí ha estado condicionada por distintos acontecimientos que han provocado la situación en la que se encuentra el Sáhara Occidental actualmente. La colonización española y la posterior ocupación de Marruecos provocó en 1975 que un gran número de saharauíes huyera de la ocupación marroquí y se instalaron en campamentos de refugiados en la "hamada argelina", cerca de la ciudad de Tindouf.

**Objetivo:** explorar las percepciones de las matronas de los campamentos de refugiados saharauíes, sobre la utilidad de las actividades de formación continuada y reciclaje que efectúan.

**Metodología:** estudio cualitativo de corte fenomenológico, cuya recogida de datos se llevó a cabo mediante la realización de grupos focales y de entrevistas semiestructuradas personales. La población de estudio fueron matronas y parteras de la wilaya de Auserd, y el personal sanitario nacional que impartió formación, mediante la técnica de bola de nieve. El posterior análisis de datos se desarrolló con el programa informático Atlas.ti 7 para Windows.

**Resultados:** las matronas saharauíes refieren que es de gran utilidad asistir a los cursos de formación continuada, si bien tienen limitaciones para poder acceder a dicha formación. El personal sanitario español está de acuerdo, pero también se cuestiona si el impacto de dichos cursos es real y el que se pretende.

**Conclusión:** la formación de las matronas saharauíes es limitada por las características del entorno en el que se forman y desarrollan su trabajo, por lo que demandan más cursos de formación y reciclaje para mejorar este aspecto. Así mismo refieren que la situación política de los campamentos limita la mejora de este colectivo.

**Palabras clave:** matrona; formación continuada; campamento de refugiados; investigación cualitativa.

### Abstract

*Usefulness of Continuous Training for Midwives in a refugee camp: a qualitative overview*

**Introduction:** the story of the Saharan people has been determined by different events which have led to the current scenario in Western Sahara. The Spanish colonization and the subsequent occupation of Morocco resulted in a large number of Saharan people fleeing from the Moroccan occupation and settling in refugee camps in the "Algerian Hamada", close to the city of Tindouf.

**Objective:** to explore the perceptions by midwives regarding the Saharan refugee camps, and about the usefulness of the continuous training and recycling activities conducted.

**Methodology:** a qualitative study with phenomenological approach; data were collected through focus groups and personal semi-structured interviews. The study population consisted of midwives and birth attendants from the Auserd wilaya, and the national healthcare professionals who provided training using the snowball technique. The subsequent data analysis was conducted with the Atlas.ti 7 computer program for Windows.

**Results:** saharan midwives reported that it is very useful to attend continuous training courses; however, their access to said training is limited. The Spanish healthcare staff agreed with this, but they also questioned if the impact of said courses was real and as intended.

**Conclusion:** training for Saharan midwives is limited by the characteristics of the environment where they are trained and carry out their work; therefore, they demand more training and recycling courses in order to improve this aspect. Likewise, they report that any improvement for this group gets limited by the political situation of the camps.

**Key words:** midwife; continuous training; refugee camps; qualitative research.

## Introducción

El Sáhara Occidental o, desde 1976, República Árabe Saharaui Democrática<sup>1</sup> (RASD) es una región del continente africano situado en el extremo occidental del Desierto del Sáhara. Antes de la ocupación española, la sociedad saharauí se organizaba en tribus nómadas que vivían en el desierto gracias al comercio, la ganadería, la pesca marítima y la artesanía<sup>2</sup>. La presencia de colonias españolas en el Sáhara Occidental comenzó en 1884, incitada por el interés de explotar los recursos pesqueros, así como por los intereses geoestratégicos en la zona fronteriza de la costa<sup>3</sup>.

Tras la aprobación de la resolución 1514 (XV), donde se declara el derecho a la libre autodeterminación de los países y pueblos coloniales<sup>4</sup>, la comunidad internacional presionó a España para la descolonización del Sáhara Occidental. En el año 1973, España anuncia el propósito de celebrar un referéndum de autodeterminación a comienzos de 1975 y abandonar el Sáhara Occidental. Marruecos y Mauritania se oponen al referéndum y reivindican su soberanía sobre el territorio saharauí alegando derechos históricos. Marruecos inicia en 1975 la Marcha Verde, una invasión pacífica encabezada por 350.000 marroquíes desarmados.

La invasión marroquí obligó a miles de saharauís a huir de las ciudades hacia el desierto, cruzando la frontera con Argelia para instalarse en lo que hoy son los campamentos de refugiados saharauís (CRS) de Tindouf, administrados por el Frente Polisario. Se distingue, pues, entre los "Territorios Ocupados" por el dominio marroquí y los "Territorios Liberados" administrados por el Frente Polisario (incluyendo los campos de refugiados), existiendo entre ambos un muro de separación construido por Marruecos con una zona minada que la hace inaccesible<sup>5</sup>.

En la actualidad, el pueblo saharauí vive dividido entre las zonas ocupadas ilegalmente por el gobierno marroquí, los territorios liberados y los CRS en pleno desierto de la Hamada argelina. Más de 173.600 refugiados saharauís<sup>6</sup> sobreviven

distribuidos en cuatro campamentos (wilayas) (Imagen 1), que adoptan el nombre de las ciudades más importantes del Sáhara Occidental: El Aaiún, Auserd, Smara y Dajla. Cada wilaya se divide en pueblos (dairas)<sup>7</sup>. La población que vive en los CRS no cuenta con recursos propios y depende de la ayuda humanitaria y la cooperación internacional al desarrollo para subsistir (Imagen 2).

En materia sanitaria cabe destacar que el Ministerio de Salud Pública fue uno de los primeros en instaurarse tras la creación de los campamentos para poder atender los



Imagen 1. Localización geográfica de los campamentos de refugiados saharauís



Imagen 2. Campamento de refugiados saharauís

abundantes problemas de salud y su elevada mortalidad. Gestiona los hospitales centrales, hospitales regionales y los dispensarios, además de seis centros de salud en los territorios liberados<sup>8</sup>.

Cada wilaya dispone de un hospital regional que cuenta tanto con personal facultativo como de enfermería y matronería, que proporciona también atención de urgencias y asistencia al parto. En cada daira hay un dispensario atendido solo por personal de enfermería donde se lleva a cabo Atención Primaria, así como por una matrona que hace el diagnóstico y seguimiento del embarazo. Tanto la actividad quirúrgica como la atención facultativa especializada y realización de algunas pruebas diagnósticas, se efectúa en el Hospital Nacional de Rabuni. Cualquier problema de salud que no pueda ser atendido con los medios de los que se dispone en estos centros sanitarios es derivado al Hospital de Tindouf, el cual funciona como hospital de referencia<sup>7</sup>.

Entre las grandes debilidades del sistema sanitario saharauí sobresale la no sostenibilidad del mismo, debido a la total dependencia de la ayuda humanitaria. La gestión de los recursos sanitarios no está organizada y la comunicación entre los diferentes centros sanitarios es prácticamente inexistente, lo que hace imposible la continuidad de cuidados<sup>8</sup>. El sistema de salud sobresale por la carencia de recursos humanos competentes y por la escasez de recursos materiales<sup>9</sup>.

## Objetivos

El objetivo general es explorar las percepciones de las matronas de los CRS, sobre la utilidad de las actividades de formación continuada y reciclaje que realizan.

## Metodología

### Diseño del estudio y emplazamiento

Tras la realización de la correspondiente revisión de la literatura científica se diseñó una metodología cualitativa de tipo descriptivo con enfoque fenomenológico, lo que permitió describir y comprender la realidad del propósito de la investigación desde la posición de los propios sujetos de estudio a partir de sus opiniones, sensaciones, motivaciones y valoraciones, enfocándose en sus experiencias particulares subjetivas<sup>10</sup> y considerando el contexto en el que se producen.

### Método de selección

Para la selección de la muestra se realizó un muestro por conveniencia y en bola de nieve, donde se incluyeron matronas y parteras tradicionales saharauí, así como personal sanitario español que había llevado a cabo dicha formación en los campamentos.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar al personal saharauí: 1) personal con la titulación de matrona/matrón obtenido en la escuela de enfermería de los campos de refugiados saharauí; 2) haber realizado al menos un curso de formación continuada o de reciclaje impartido por una organización extranjera en los CRS; 3) haber efectuado al menos un periodo de reciclaje en algún hospital argelino; 4) parteras tradicionales sin titulación que hubieran recibido cursos de formación continuada o de reciclaje en los CRS.

Por otro lado, el criterio de inclusión para el personal sanitario español fue: personal de enfermería, matronería y medicina, que hubieran impartido al menos un curso completo de formación para matronas y parteras tradicionales en los CRS.

El acercamiento y captación de participantes nacionales se produjo a través de un informante clave que cumplía el criterio de inclusión, el cual identificó a otras/os que también los cumplían. De esta manera se alcanzó un número de profesionales, diez en este caso, con quienes se consiguió la saturación de datos necesaria<sup>10</sup>. Por otro lado, se incluyeron a la totalidad de las matronas y parteras saharauí que trabajan en la wilaya de Auserd, por lo que todas ellas formaron parte de la muestra.

### Instrumentos para la recogida de información

La recogida de datos se llevó a cabo mediante la realización de dos grupos focales con el personal saharauí, uno con las matronas tituladas y otro con las parteras tradicionales, con el objetivo de conocer más a fondo las aportaciones de cada uno de los grupos por separado. Con el personal sanitario español se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales. Para ambas técnicas de investigación se elaboraron sendas baterías de preguntas que trataran de responder a los objetivos del estudio. Se efectuaron grabaciones de audio en ambos casos para su posterior transcripción y análisis cualitativo de datos. Esta recogida de datos, en el caso de las matronas y parteras saharauí, se llevó a cabo en octubre del año 2018, durante una visita a los CRS; y las entrevistas al personal sanitario español se realizaron durante la segunda mitad del mismo año. Las transcripciones se hicieron entre diciembre de 2018 y abril de 2019.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre 30-45 minutos, de forma presencial en un lugar apropiado y/o mediante conferencia a través de la plataforma Skype, según disponibilidad y lejanía geográfica de la persona entrevistada, causa que no hizo posible algunas entrevistas en persona. Los grupos focales con el personal saharauí se llevaron a cabo en dos ocasiones, pero en un mismo lugar: la primera, en la sala de descanso de las matronas del Hospital Regional de Auserd, donde acudieron ocho matronas tituladas; y la segunda, en el mismo lugar, con las seis parteras tradicionales. Se utilizó como ayuda para la traducción hassanía-español

a una de las matronas tituladas, la cual actuó como intérprete. La duración de los grupos focales fue de 60-90 minutos. En ambos casos se recogieron notas de campo cuando fue oportuno, sin interrumpir la conversación, las cuales también fueron incorporadas para el análisis de datos. Los guiones de preguntas se cimentaron en tres temáticas principalmente, intentando responder a los objetivos del estudio: utilidad de las actividades formativas, demandas del personal sanitario saharauí y limitaciones de los mismos para poner en práctica los conocimientos adquiridos.

El equipo investigador fue el encargado de realizar las entrevistas al personal sanitario español y saharauí. Con el objetivo de otorgar rigor científico a la investigación se respetaron los principios de calidad metodológica planteados por Calderón<sup>11</sup> y se triangularon los datos entre dos investigadores diferentes.

### Análisis de los datos

Una vez finalizada la transcripción de las grabaciones se realizó un análisis inductivo del contenido de dichos documentos. Se organizaron los fragmentos de textos de manera codificada para después sintetizar los datos y orientarlos a dar respuesta a los objetivos de la investigación. Estos datos se triangularon entre dos investigadores diferentes, de forma que se incrementara la calidad y validez de los datos, eliminando el sesgo de un único investigador<sup>12</sup>. Además, se analizaron las entrevistas teniendo en cuenta cada contexto cultural y social, sin olvidar las diferencias de lingüísticas y culturales de cada participante. Así mismo se evitó que cualquier prejuicio por parte del equipo investigador pudiera influir en la interpretación de los datos. Para todo ello se empleó el programa Atlas.ti versión 7 para Windows.

Esta ordenación también permitió acotar todos los datos obtenidos y utilizar solo aquellos con un valor significativo para la investigación. Las categorías analíticas preestablecidas se recogen en la Tabla 1, construyéndose según los objetivos propuestos.

Se creó una serie de códigos iniciales, los cuales se agregaron tratando de generar los subtemas que finalmente se sumaron a los temas que se exponen en el apartado de resultados.

Los códigos utilizados para identificar los subtemas y temas se muestran en la Tabla 2.

### Caracterización de los participantes

Las/os participantes de este estudio fueron 24 profesionales de la salud: 14 desarrollaban su labor asistencial en los CRS (ocho matronas y seis parteras tradicionales) y 10 españolas/es (cuatro matronas/es, cinco enfermeras/os y un médico). De esta totalidad, 83,3% era mujer y el 16,7% era hombre. Del personal sanitario español que impartió formación en los CRS, el 80% había realizado formación no reglada en cooperación, y el 70% tenía otros títulos académicos. La media de la estancia del personal sanitario que impartió la formación en los CRS fue de tres meses. En cuanto al personal saharauí, ninguna de las matronas y parteras había trabajado fuera de los CRS, y su experiencia profesional oscila entre 2-17 años en el caso de las matronas tituladas, mientras que la de las parteras tradicionales comprende entre los 20-35 años.

### Aspectos éticos de la investigación

Antes de cada entrevista se informó a las/os participantes sobre los objetivos del estudio y tuvieron que cumplimentar el correspondiente consentimiento informado. Los archivos de audio fueron custodiados por el equipo investigador y posteriormente destruidos tras finalizar la transcripción. Se utilizó una codificación numérica para identificar a los diferentes entrevistados y mantener la privacidad de los mismos. Se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Ética de la Universidad de Jaén.

Esta investigación ha respetado los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki y de la Declaración Universal de la Unesco, relativos a los derechos humanos y la biomedicina. Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio, son confidenciales y se han manejado de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Tabla 1. Categorías analíticas

Categoría analítica	Definición breve
Utilidad	Percepciones acerca de la utilidad de la formación continuada o de reciclaje impartida en los CRS por una organización extranjera
Demandas	Demandas del personal sanitario saharauí para poder desarrollar su trabajo
Limitaciones	Limitaciones que presenta el personal sanitario saharauí para poner en práctica los conocimientos adquiridos
Fuente: elaboración propia	

Tabla 2. Temas, subtemas y códigos utilizados en la investigación

Temas	Subtemas	Códigos
Demandas	Peticiones	Demandas
	Necesidades observadas	Diferencias entre matronas y parteras Nivel de formación Diferencias significativas
	Propuestas de mejora	Experiencia y/o reflexiones de los entrevistados Ideas para mejorar
Limitaciones	Obstáculos encontrados	Diferencias culturales Diferencias de género Limitaciones para aplicar lo aprendido Problemas de cooperación
	Limitaciones de terceras personas	Limitaciones de terceras personas
	Nivel de motivación	Actitudes que facilitan Actitudes que limitan Falta de interés Disposición para hacer más cursos Facilidades para aplicar Interés mostrado por parte del alumnado Motivación para aprender y mejorar
Utilidad	Modalidad de los cursos	Modalidad de los cursos Material empleado para los cursos Personal al que se le impartían los cursos Temática de los cursos impartidos
	Importancia de los cursos	Necesidad de los cursos Problemas para asistir a los cursos Problemas para impartir los cursos Sentimiento de valoración de su trabajo
	Impacto de los cursos	Facilidades para impartir el curso Facilidades para aplicar lo aprendido Cambios a la hora de trabajar Nota final Satisfacción del alumnado Utilidad de los cursos
Fuente: elaboración propia		

## Resultados

En el análisis de datos que se llevó a cabo se identificaron tres temas, los cuales incluían varios subtemas (Figura 1).

### 1. Demandas del personal saharauí para desarrollar su trabajo

Para el análisis de las demandas que presenta el personal saharauí para aplicar los nuevos conocimientos y desarrollar su trabajo se fragmentó el texto y se agrupó en diferentes subtemas: peticiones que trasladaban tanto matronas y par-

teras durante la realización de grupos focales, así como aquellas que les comunicaban al personal sanitario español durante los cursos de formación; necesidades observadas por parte del personal sanitario español durante su estancia en los campamentos; propuestas de mejora o reflexiones del personal español acerca de cómo podrían satisfacerse las demandas o necesidades observadas.

#### 1.1 Peticiones

Por un lado, tanto matronas como parteras demandan más cursos de formación para poder profundizar en temas re-

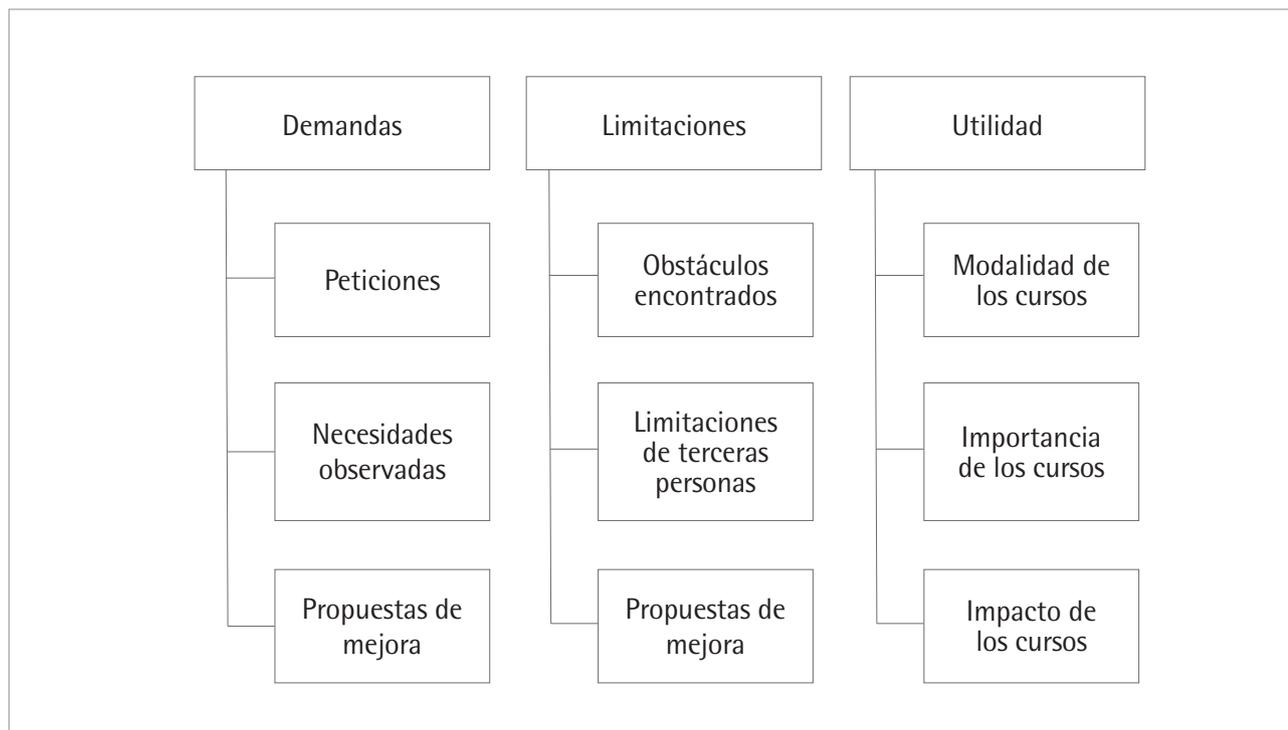


Figura 1. Temas y subtemas identificados

lacionados, principalmente, con el embarazo y el parto, prevención de enfermedades crónicas y actuación en complicaciones y situaciones de emergencia; ya que son situaciones que se presentan con cierta frecuencia en aquel entorno:

*"Todo es importante. Todos los temas relacionados con el embarazo son importantes" (MT3).*

*"Siempre les preguntábamos cuáles eran los temas que creían más necesarios para que los preparáramos para la siguiente vez. Y la verdad es que siempre nos decían que cualquier tema. Nos decían "todo, todo lo que vosotros sabéis"" (PS10).*

Para ello piden que el personal sanitario que imparte la formación permanezca más tiempo en los campamentos impartiendo. También se mencionó que el personal sanitario saharauí quiere formarse, además de en los CRS, en España:

*"Pero ellos lo que decían es que querían que estuviéramos allí más tiempo. O que ellos vinieran aquí a formarse" (PS6).*

Las parteras tradicionales, aunque reciben cursos de formación continuada por parte de los agentes extranjeros que imparten cursos en los CRS no han recibido formación en la escuela de enfermería, ni poseen ningún título que les acredite de forma profesional, por lo que es una de las demandas que manifestaron. Por su lado, el personal que sí

posee una titulación quiere que su formación se equipare o se convalide en el extranjero:

*"Desde hace mucho tiempo nosotras trabajamos, ponemos suero, ponemos inyecciones, hacemos partos, hacemos de todo... y nos llaman parteras tradicionales. Nosotras lo que queremos es un curso en el que aprendamos y tengamos un título" (PT6).*

*"Porque ellos querían tener una formación parecida a la europea y que fuera incluso convalidable, pero vaya, llegar a ese punto es imposible. O sea... años luz" (PS6).*

### 1.2 Necesidades observadas

Aunque el personal saharauí coincide en su totalidad en la necesidad de realizar más cursos de formación, uno de los participantes españoles que fue entrevistado manifestó que no es necesaria más formación, sino la mejora en la organización de la formación que ya se imparte, entre las diferentes organizaciones que la llevan a cabo:

*"Pues no, no creo que hagan falta más cursos de formación. Creo que es necesario coordinar los recursos que se vuelcan allí [...]. También sabemos que en el Sáhara es el sitio donde más recursos se vuelcan por ciudadano y, sin embargo, no luce en absoluto [...]. Entonces yo creo que no hace falta más formación, hace falta coordinar la formación que se imparte" (PS10).*

Además, por la carencia de recursos materiales tan importante de los CRS, ambos grupos coincidían en que una de las demandas más importantes para poder desarrollar su trabajo era dicha falta de material, así como la falta de motivación que genera la irregularidad de percepción de su sueldo como empleadas del sistema sanitario:

*"Las demandas pueden venir en cuanto a la falta de recursos básicos, como material fungible o instrumental, así como que la compensación económica que reciben por parte del gobierno saharauí se satisfaga cuando corresponde" (PS5).*

*"Cobramos cada tres meses, o cuatro o cinco. Son 100 euros díganos cada tres meses" (PT2).*

Los distintos grupos de cooperación internacional al desarrollo, así como diversas organizaciones extranjeras que ofrecen ayuda humanitaria, realizan numerosas donaciones de equipamiento sanitario. Sin embargo, no existe un personal de mantenimiento que se encargue de arreglar estos equipos cuando fallan. El personal sanitario español coincide en que es necesario crear un departamento de electromedicina o mantenimiento que se encargue de estos aspectos:

*"Todos los recursos vienen de instituciones y ONG que les van haciendo donaciones. Pero claro, de qué sirve donar un gran ecógrafo o un gran ordenador si luego cuando se estropea no hay técnicos que sepan arreglarlo" (PS5).*

Tratar de dar una solución a la situación política y social existente en los CRS, también era una de las grandes necesidades y demandas que el personal que impartía formación trasladó, por la repercusión que ello tiene en los distintos ámbitos de la vida de la población saharauí:

*"Lo que pasa es que hay una situación política y social bastante complicada porque llevan más de 40 años allí en los campamentos con lo cual pues claro... Los campamentos que deben ser algo provisional se están convirtiendo en algo permanente. Pero allí no pierden la esperanza de que en algún momento puedan dejarlos y volver a Marruecos... Bueno, a su tierra que está ocupada por Marruecos" (PS7).*

### 1.3 Propuestas de mejora

Por último, se les preguntó a los entrevistados de qué forma creían que se podían satisfacer las demandas del personal saharauí. Todos coincidían en la necesidad de coordinación entre los diferentes grupos de cooperación y organizaciones externas, tanto a la hora de impartir cursos de formación como al hacer donaciones de material y equipamiento. De esta forma se evitarían duplicidades y malgasto de recursos:

*"Sobre la formación general que se imparte por parte de los cooperantes, yo creo que debería haber una*

*mayor coordinación entre todos los organismos gubernamentales y no gubernamentales de cooperantes que van allí a dar formación. Porque vamos miles de personas y cada uno va con su temario a dar sus cosas y muchas veces se duplican temas, otras veces se dan cosas incluso contradictorias. Ya se ha intentado varias veces, pero debería haber una mayor coordinación" (PS8).*

Todas estas demandas son la consecuencia de las limitaciones con las que tienen que lidiar a diario los habitantes de los campamentos de refugiados saharauí, las cuales se exponen en el siguiente apartado.

## 2. Limitaciones para aplicar los nuevos conocimientos

Para analizar las limitaciones que tiene el personal saharauí para aplicar los conocimientos adquiridos se codificó la información agrupándola en tres subtemas: obstáculos encontrados por parte del personal sanitario saharauí, tanto materiales como personales; posibles limitaciones de terceras personas o instituciones saharauí que pudieran frenar u obstaculizar la puesta en marcha de dichos conocimientos; nivel de desmotivación del personal saharauí que pudiera influir en este aspecto.

### 2.1 Obstáculos encontrados

Se profundizó acerca de los posibles obstáculos que encontraban matronas tituladas y parteras tradicionales para aplicar los conocimientos que adquirirían durante los cursos de formación continuada o de reciclaje. Todos los participantes coincidían en la gran utilidad de dichos cursos, como se expondrá más adelante. Sin embargo, se argumentó que una de las principales limitaciones que tienen a la hora de desarrollarlo en los CRS es la falta de personal sanitario y de recursos:

*"Aquí tú puedes trabajar, pero el lugar y el material que tú necesitas, por ejemplo, el campo estéril, a veces tienes campo estéril y a veces no" (MS7).*

Sin embargo, hubo una reflexión de uno de los entrevistados que no coincide con el resto, defendiendo que no hay limitaciones materiales a la hora de que el personal sanitario saharauí aplique los nuevos conocimientos, sino que hay falta de conocimiento en el uso y mantenimiento de dicho material:

*"No, yo no creo que tengan dificultades para aplicar los conocimientos adquiridos. No creo, porque material tienen un montón. Porque, además, como están acostumbrados a pedir... piden material para morir. Material que no saben utilizar. Material que tienen allí arrumbado lleno de arena ¿vale? Y que no se preocupan de aprender ni de cuidarlo. Eso es un tema*

*muy muy importante. No le dan el valor de lo que vale, porque están acostumbrados a que se lo den todo. Entonces al no darle valor no saben lo que significa cuidar eso que tienen. No saben" (PS4).*

Así mismo, el personal sanitario español coincide en que el acceso a información actualizada en los CRS es prácticamente nulo, lo que supone un obstáculo a la hora de adquirir nuevos conocimientos o refrescar y afianzar los aportados por los cursos de formación continuada:

*"Entonces claro, hasta los propios profesores recibían información y querían recibir información porque ellos se consideraban mal formados. Así que imagínate los alumnos, lo que pueden recibir de ahí. La biblioteca de allí tiene libros antiguos que la cooperación les ha llevado, que están totalmente desactualizados. Tampoco tienen internet porque, aunque lo tienen instalado, casi nunca les llega la conexión. Entonces claro... ¿qué acceso a la información tienen?" (PS6).*

## 2.2 Limitaciones de terceras personas o instituciones saharauis

Por otro lado, se trasladó que en determinadas ocasiones son terceras personas o instituciones saharauis las que limitan que los conocimientos impartidos por los grupos de cooperantes se puedan aplicar. Así mismo, también limitaban el acceso a prácticas en el extranjero por parte del personal sanitario saharauí, debido a las trabas burocráticas o los impedimentos de los propios responsables:

*"Realizan programas de reciclaje en hospitales argelinos que creo que ellas valoran muy positivamente, pero existen muchos trámites burocráticos que les permitan salir fuera de Argelia a hacer formación práctica" (PS3).*

## 2.3 Nivel de motivación

Uno de los grandes problemas que se encuentran en los CRS, tal y como ya se ha mencionado anteriormente, es la desmotivación del personal sanitario, entre el que también se encuentran las matronas. La escasez de recursos, la situación política y la falta de compensación económica obligan a muchos miembros de la plantilla sanitaria saharauí a abandonar sus puestos de trabajo para ganarse la vida de otra forma.

*"La desmotivación es el tema principal por el que cada vez hay más personal que se van de los hospitales o de los dispensarios de las wilayas a trabajar en cosas que no tienen nada que ver con la sanidad porque no perciben un salario regularmente" (PS4).*

## 3. Utilidad de las actividades formativas de los CRS

Por último, para analizar la utilidad de las actividades formativas se codificaron los discursos de los diferentes infor-

mantes y se agruparon en tres subtemas: modalidad de los cursos impartidos, importancia que se le otorga a los cursos de formación continuada y, por último, impacto de dichos cursos.

### 3.1 Modalidades de los cursos impartidos

La mayoría de los cursos impartidos por los participantes en el estudio eran de naturaleza teórico-prácticos, siendo, en menor medida, solamente teóricos. Todos ellos impartidos en los propios campamentos. Utilizaban principalmente material que llevaban desde España, tales como ordenadores, proyectores, presentación en diapositivas, etc. Además, llevaban material que luego pudieran donar para su utilización en los CRS:

*"Hemos llevado materiales que luego se han quedado allí como donación. También hemos utilizado materiales que ellos tenían allí" (PS5).*

No obstante, empleaban el material disponible en los CRS, ya que se trataba del material con el que las matronas saharauis podrían trabajar una vez finalizada la formación:

*"Sobre todo materiales que ellos tuvieran allí porque no puedes enseñarles con materiales que no tengan después" (PS8).*

### 3.2 Importancia de los cursos de formación continuada o de reciclaje

Por una parte, tanto las matronas saharauis que reciben la formación, como el personal sanitario español que la imparte, coinciden en la importancia que tiene para las primeras recibir cursos de formación continuada o de reciclaje por parte de organizaciones extranjeras:

*"Es para nosotros muy importante pues vemos cosas que no hemos visto, aprendemos cosas que nunca hemos visto y es muy importante para nosotras" (PT1).*

*"De cada lugar aprendemos más [...]. Cosas nuevas, ideas nuevas, otras formas de trabajar..." (MS1).*

*"Para el personal de los campamentos la formación continuada y el reciclaje es necesario como para el personal de otras zonas, sobre todo cuando los recursos formativos en aquellas circunstancias son escasos" (PS3).*

Matronas tituladas y parteras tradicionales justifican la necesidad de realizar estos cursos y adquirir nuevos conocimientos por las condiciones en las que trabajan. Refieren que en los CRS hay poco personal sanitario, por lo que generalmente deben enfrentarse solas, como matronas, a las posibles complicaciones que se presenten, sin poder recurrir a un médico o a un ginecólogo:

*"Porque aquí cuando tú sales de nuestra escuela y empiezas a trabajar encuentras solamente a matronas como tú. Si tú vas a hacer cursos a otros sitios encontrarás a ginecólogos y encontrarás muchas cosas" (MS3).*

Además, aunque están de acuerdo en que la formación del personal saharauí va acorde a sus recursos formativos, reconocen y coinciden en que el nivel de formación que se les proporciona en la escuela de enfermería en la que realizan su especialidad es bajo:

*"Dentro de los recursos que ellos tienen están bien formados, pero es que los recursos son muy pocos entonces el nivel al que llegan es muy bajito" (PS9).*

Consideran de gran utilidad la formación recibida porque la seguridad en sí mismas que les proporciona y en el trabajo que desempeñan aumenta conforme aumenta su nivel de conocimientos:

*"Para cambiar esto hay que hacer más cursos y aprender más. Cuando tú aprendes más y haces más cursos te sientes mejor contigo misma" (MS6).*

Una parte del personal sanitario que impartió formación estuvo de acuerdo en que esta necesidad de realizar más cursos de formación continuada se ve reflejada en la actitud que tiene el alumnado y en la disposición para llevar a cabo más cursos que muestran:

*"Creo que siempre tienen disposición a recibir formación, pero que también sea formación sobre temas en los que tengan déficit de conocimientos y que se les consulte cuáles son esos temas" (PS3).*

Sin embargo, otra parte de dicho personal defendió que el interés mostrado por parte del alumnado no es un interés real en formarse, sino que está motivado por distintas razones personales o de otra índole:

*"A ver, hay temas generales que cuando se los propones te dicen que sí [...]. La sensación que a mí me da es que esa motivación de la que hablábamos antes de querer aprender es relativa, entonces les digas lo que les digas te van a decir que sí. Eso pasaba siempre. Para ellos todo es un sí. Pero luego realmente ellos por iniciativa propia pedirte algún curso... [...]. Ellos dicen que sí a todo, pero no es interés real. Ellos quieren que vayamos, que demos charlas... pero no era un interés real por mejorar el protocolo [...]. Quieren que les des recursos. Al fin y al cabo, ellos necesitan de la cooperación para subsistir. El contenido de nuestros cursos realmente les da igual. Ellos quieren que vuelvas porque siempre llevas mejoras económicas, aparatos..." (PS9).*

### 3.3 Impacto de los cursos de formación continuada o de reciclaje

En cuanto a la utilidad de los cursos y el impacto de los mismos las opiniones también están divididas. Por un lado, las matronas saharauí manifestaron que son de utilidad y que han cambiado cosas en su forma de trabajar después de recibir estos cursos:

*"Es el mismo trabajo, pero lo que hemos aprendido en los cursos lo practicamos" (MT1).*

*"Nosotros ya sabemos las cifras normales de la tensión, las cifras normales de la glucemia, ya sabemos cómo funciona la rueda y los signos vitales,... ya sabemos las cifras normales, gracias al cursillo ya hemos aprendido" (PT3).*

También algunos participantes españoles defienden esta postura del personal saharauí, alegando que la satisfacción del alumnado después de realizar los cursos fue alta y la creencia de que dichos cursos sí tienen un impacto real en su forma de trabajar:

*"Y todo el mundo está muy muy satisfecho. ¿Por qué? Pues porque les das unas clases teóricas, pero les das unas clases prácticas, sobre todo prácticas. Entonces aprenden muchísimo. El nivel de satisfacción en todas las encuestas que hemos hecho siempre ha sido muy bueno" (PS4).*

Por el contrario, otros tantos manifiestan que la utilidad es baja por la brevedad de las intervenciones formativas. También refieren que no hay una herramienta que les permita valorar el impacto real que tienen dichas intervenciones una vez que el personal formativo ya no está en los CRS:

*"Creo que no siempre es útil la formación que se realiza en los campamentos de refugiados saharauí, sobre todo en el caso de organizaciones que la realizan puntualmente, pues creo que es necesaria hacerla de una forma más continuada con personal de apoyo continuo" (PS3).*

Finalmente se pidió al personal sanitario español que llevara a cabo una reflexión acerca de los aspectos comentados y, en una escala del 1 al 10, valoraran la utilidad que le otorgan a nivel personal a los cursos de formación continuada o de reciclaje que se imparten en los campamentos de refugiados saharauí. La media de todas las puntuaciones fue de 6.5 sobre 10.

## Discusión

La investigación realizada aúna las principales percepciones que profesionales de la salud saharauí y españoles tienen acerca de la utilidad de las actividades de formación continuada y de reciclaje que se imparten en los CRS por parte

de diferentes organizaciones de cooperación internacional al desarrollo. Del mismo modo se exploraron las demandas y limitaciones que ambos grupos profesionales perciben a la hora de que el personal sanitario saharauí aplique los conocimientos adquiridos.

En 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoció la enseñanza primaria obligatoria como un derecho universal. Por su parte, la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas en el año 1979 se pronunció para no discriminar a la mujer en la educación en favor del hombre<sup>13</sup>. De la misma forma, el derecho a la educación de los refugiados se establece en diferentes resoluciones internacionales, como es la resolución 64/290 del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación en situaciones de emergencia<sup>14</sup>, y en el proyecto de resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho a la educación de los refugiados, los migrantes y los solicitantes de asilo en el año 2010<sup>15</sup>.

La educación puede contribuir tanto a mitigar como a exacerbar los conflictos. De forma que tener en cuenta la educación de los refugiados en estas situaciones y alinearse con los enfoques de los derechos humanos y del desarrollo resulta esencial para alcanzar las prioridades mundiales y las soluciones duraderas sostenibles. Por ello, la educación superior para los refugiados no ha de ser un lujo, ya que resulta de gran importancia, tanto para los individuos como para la sociedad, por contribuir a la reconstrucción de vidas y el fomento del liderazgo en situaciones prolongadas y en la reconstrucción posterior a un conflicto<sup>16</sup>.

Hay coincidencia entre los resultados obtenidos en este estudio con los argumentados por Calero, Cruz y Campos<sup>17</sup>, quienes, a raíz de sus experiencias tras realizar formación en los CRS, concluyeron en que el acceso a la formación continuada y a la actualización de conocimientos es en sí mismo un aliciente y un mecanismo de incentivación para el personal sanitario de los CRS; así como que hay un cambio en las demandas que se hacen de comisiones médicas o docentes con intervenciones puntuales, a ayudas que faciliten la autogestión de los recursos y la permanencia de profesionales sanitarios y docentes en los CRS.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica en bases de datos se pone de manifiesto la escasez de estudios relacionados con la utilidad de las actividades formativas realizadas en los CRS. Hay una gran cantidad de actividades de formación para personal sanitario de diferentes categorías profesionales, y por parte de distintos tipos de organizaciones (universidades, organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, administraciones públicas y asociaciones), llevadas a cabo en los CRS. Sin embargo, no consta que se haya hecho una evaluación posterior de las mismas, en cuanto a la utilidad o al impacto real que hayan tenido para dichos profesionales y la sociedad saharauí. Por ello, este proyecto sí que realiza

una evaluación cualitativa de la formación llevada a cabo por profesionales que habían participado en diferentes proyectos de cooperación internacional al desarrollo en los que se había realizado formación continuada a las matronas y parteras de los CRS.

Aunque esta evaluación de la utilidad de la formación continuada es específica de las actividades formativas desarrolladas con matronas y parteras, puede ser generalizable al resto de personal de enfermería, ya que sus circunstancias son similares<sup>18</sup>. Por tanto, se cree necesaria la creación de una herramienta que permita evaluar el impacto real de estas actividades, teniendo en cuenta los factores facilitadores y limitantes que presenta la realización de actividades de formación continuada en un campamento de refugiados, así como la perspectiva cultural de la salud en dicho entorno. Junto a ello, la detección previa de las necesidades formativas que manifieste este personal sanitario sería la otra premisa a tener en cuenta para contribuir al éxito de la formación continuada en los CRS.

Mientras tanto se cree fundamental la concienciación por parte de los diferentes organismos de cooperación al desarrollo de que se debe mejorar la organización de los distintos proyectos con el fin de no duplicar la información aportada, así como la importancia de coordinar de una forma más eficiente los recursos con los que se colabora en los CRS. Esta tarea se ha convertido en todo un reto para las organizaciones y entidades que llevan a cabo proyectos de cooperación internacional al desarrollo en distintas partes del mundo, tal y como argumenta de la Fuente y Fernández<sup>19</sup>.

Se propone, además, como futura línea de investigación, la profundización sobre la magnitud de las limitaciones que imponen las organizaciones saharauí a la hora de la aplicación de nuevos conocimientos por parte del personal sanitario saharauí, así como su implicación a la hora de coordinar y organizar de una forma adecuada los recursos, tanto materiales como personales, de que se dispone en los campamentos.

## Conclusiones

La utilidad de las actividades de formación continuada que son llevadas a cabo en los CRS con matronas y parteras locales, en opinión de estas, se basa en que se realice formación de tipo teórico-práctica. De la misma forma, dicha formación se percibe de gran utilidad por la falta de personal médico, por el bajo nivel de la formación recibida durante su etapa de formación reglada, así como por la seguridad que les ofrece para llevar a cabo su trabajo diario de atención a las necesidades que presenta la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; en un entorno y bajo las condiciones de un campamento de refugiados.

Además, las demandas que presentan las matronas de los CRS se dirigen principalmente hacia la falta de material para poder desarrollar su trabajo, así como a recibir de forma periódica la compensación económica que les corresponde por la tarea que desempeñan.

La limitación principal que tienen estas profesionales es la situación política actual que viven, la cual supone un freno a la hora de poder desarrollarse tanto en el ámbito personal como profesional. A ello contribuye también la limitación en cuanto a material disponible para llevar a cabo su trabajo.

## Agradecimientos

A todas las matronas saharauis que participaron en el proyecto y sin cuyas aportaciones no habría sido posible.

## Financiación

Este trabajo es resultado del proyecto de cooperación internacional al desarrollo Contribución a la mejora de la calidad de vida de la población saharauí mediante el fortalecimiento institucional de la Universidad de Tifariti y de las capacidades de autogestión en materia de salud, energía y agua de la población de los Campamentos de Refugiados del Sáhara, financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo y la Universidad de Jaén.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- Amirah-Fernández H. El Sáhara Occidental [internet]. Washington DC: Universidad de Georgetown, Centro de Investigación para la Paz; 1999 p. 2. [citado 16 mar 2020]. Disponible en: [https://cooperacion.cordoba.es/images/stories/cooperacion/DOCUMENTOS\\_COOPERACION/COOPERACION\\_AL\\_DESARROLLO/OTRA%20DOCUMENTACION/Observatorio%20de%20Conflictos\\_sahara%20occidental.pdf](https://cooperacion.cordoba.es/images/stories/cooperacion/DOCUMENTOS_COOPERACION/COOPERACION_AL_DESARROLLO/OTRA%20DOCUMENTACION/Observatorio%20de%20Conflictos_sahara%20occidental.pdf)
- Hijos de las Nubes. La última colonia. España: Morena Films; 2012.
- Ruiz J. La tierra de los hombres azules. Colonización del Sáhara: 1860-1967. Historia 16. 1979; (Extra IX):58-71.
- 1514 (XV). Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas; 1960.
- Mera-Miyares Á. Série Conflictes Oblidats. Sáhara Occidental. Barcelona: Institut de Drets Humans de Catalunya; 2006.
- United Nations High Commissioner for Refugees. Sahrawi Refugees in Tindouf, Algeria: Total In-Camp Population [internet]. New York: United Nations High Commissioner for Refugees; 2018 p. 2. [citado 16 mar 2020]. Disponible en: [http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ces/o/descargas/UNHCR\\_Tindouf-Total-In-Camp-Population\\_March-2018.pdf](http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ces/o/descargas/UNHCR_Tindouf-Total-In-Camp-Population_March-2018.pdf)
- Martínez-Linares J, Linares-Abad M, Calero-García M, López-Entrambasaguas O. Is it possible to become a midwife in a refugee camp? Midwifery. 2019; 75:12-5.
- Crespo-Graciano R. Experiencia de voluntariado en un proyecto de formación sanitaria en los campamentos de refugiados saharauis [Trabajo Fin de Máster]. Universitat Jaume I; 2018.
- Ministerio de Salud Pública RASD. Diagnóstico del sector salud en los campamentos de refugiados saharauis. (s.f.): 3. Sin publicar.
- Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio MD. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2010.
- Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública. 2002; 76:473-82.
- Aguilar-Gavira S, Barroso-Osuna J. La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación. 2015; 47:73-88.
- Naciones Unidas. Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con el artículo 18 de la convención. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [internet]. Nueva York: Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 1979 p. 2. [citado 16 mar 2020]. Disponible en: <http://sicedaw.inmujeres.gob.mx/Documentos/COL1987.0GOB.pdf>
- 64/290. El derecho a la educación en situaciones de emergencia. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas; 2010.
- Asamblea General de Naciones Unidas. El derecho a la educación de los migrantes, los refugiados y los solicitantes de asilo. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación, Sr. Vernor Muñoz [internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2010 p. 2. [citado 16 mar 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7529.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2011/7529>
- Dryden-Peterson S. La política de Educación Superior para refugiados en un movimiento mundial por educación primaria. Refuge. 2011; 27(2):10-8.
- Calero MJ, Cruz A, Campos Á. La mejora de la salud de la población saharauí a través de la innovación docente en educación: un proyecto de formación en cascada. Index de Enfermería. 2016; 25(3):198-202.
- Campos D, Díaz-Meco AM. Experiencia en los campamentos de refugiados saharauis, perspectiva cultural de la salud. Index de Enfermería. 2016; 25(3):194-7.
- Fuente R, Fernández J. La cooperación descentralizada para el desarrollo: retos de su coordinación en terreno. RIPS. 2011; 10(1):17-29.

Cristina Regata Cuesta

## Enfermedades de transmisión sexual en un colectivo de mujeres inmigrantes

Médico especialista en Microbiología y Parasitología Clínica  
Hospital Clínic I Provincial de Barcelona. Medicina Familiar y Comunitaria UdC Girona.

E-mail: cregatta@gmail.com

Fecha recepción: 25 de octubre de 2019.

Fecha de aceptación: 2 de marzo de 2020.

### Cómo citar este artículo:

Regata Cuesta C. Enfermedades de transmisión sexual en un colectivo de mujeres inmigrantes. *Matronas hoy*. 2020; 8(1):17-20.

### Resumen

**Introducción:** se estudia a un grupo de mujeres inmigrantes para detectar de forma precoz las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

**Objetivo:** detección de ETS en un colectivo de pacientes vulnerables para su diagnóstico y tratamiento precoz y específico.

**Metodología:** es un estudio transversal y descriptivo de las ETS en un colectivo de mujeres inmigrantes atendidas en la Atención Primaria, con un intervencionismo para el tratamiento precoz y disminuir la cronicación y contagiosidad.

**Resultados y conclusiones:** superior prevalencia general de las ETS en mujeres inmigrantes, 68% frente al 48% de las mujeres nativas. Mayor número de mujeres inmigrantes con vaginosis y candidiasis vaginal, y menor prevalencia de papiloma virus en muestra cervical (VHP). El doble de prevalencia de ITU de repetición, la prevalencia en mujeres inmigrantes. Llama la atención la nula prevalencia de hepatitis u otros virus asociados a ETS.

Los resultados de este estudio están en sintonía con los de la bibliografía científica, en la que se describe el riesgo biológico en pacientes de origen inmigrante procedente de áreas endémicas, donde la prevalencia de ETS es superior al de este entorno. Es importante correlacionar estos resultados con problemas socioculturales, mayor índice de desempleo, menor educación sanitaria y acceso a los servicios sanitarios más dificultoso para este colectivo.

Por ello es importante que desde la Atención Primaria se desarrollen programas de detección precoz y educación sanitaria y se facilite el acceso a los tratamientos a las pacientes, así como establecer medidas epidemiológicas de prevención.

**Palabras clave:** enfermedades de transmisión sexual; mujeres inmigrantes; riesgo biológico; educación sanitaria.

### Abstract

*Sexually-transmitted diseases in a group of immigrant women*

**Introduction:** a study on a group of immigrant women for the early detection of sexually-transmitted diseases (STDs).

**Objective:** detection of STDs in a group of vulnerable patients, for early and specific diagnosis and treatment.

**Methodology:** a transversal and descriptive study about STDs in a group of immigrant women seen at Primary Care, with an intervention for early treatment and a reduction in chronicity and infectivity.

**Results and Conclusions:** a higher prevalence of STDs in immigrant women: 68% vs. 48% in local women. A higher number of immigrant women with vaginosis and vaginal candidiasis, and a lower prevalence of the papilloma virus in cervical sample (HPV). There is twice the prevalence of recurrent UTIs in immigrant women, and a striking lack of prevalence of hepatitis or other virus associated with STDs.

*The results of this study coincide with scientific literature, which describes the biologic risk in immigrant patients from endemic areas, where the prevalence of STDs is higher than in our setting. It is important to correlate these results with sociocultural problems, higher unemployment rates, lower health education, and the higher difficulty to access healthcare services for this group.*

*Therefore, it is important to implement programs for early detection and health education by Primary Care, and to ensure an easy access to treatment for patients, as well as to set up epidemiological measures for prevention.*

**Key words:** sexually-transmitted diseases, immigrant women; biologic risk; health education.

## Introducción

Las mujeres de origen inmigrante son un colectivo de especial vulnerabilidad biológica por proceder de países en los que ciertas enfermedades de transmisión sexual (ETS) son endémicas. Además, tienen un acceso deficitario a los servicios de salud, por lo que muchas de estas patologías pueden pasar desapercibidas suponiendo un riesgo importante para su salud y un riesgo epidemiológico acompañante<sup>1</sup>.

## Objetivos

Con este estudio se pretende la detección precoz de ciertas enfermedades infecciosas, el análisis de factores asociados y la realización de métodos diagnósticos, tratamientos específicos y trabajo preventivo en el campo de las ETS en un colectivo de mujeres inmigrantes<sup>2,3</sup>.

Se intentarán definir las prevalencias de estas patologías y contrastar las mismas con los resultados de la detección en mujeres del mismo contingente de Atención Primaria de origen nacional.

## Metodología

Se trata de un estudio descriptivo sobre la salud sexual de las mujeres inmigrantes que acuden a la consulta de Atención

Primaria. Se indaga en su historia clínica sus antecedentes ginecológicos previos (ETS, paridad, revisiones, enfermedades del puerperio y periparto, salud reproductiva, etc.) y se explora a la paciente para intentar detectar de forma precoz si puede presentar algún tipo de ETS o patología infecciosa transmisible crónica y asintomática. Se cursan las pruebas complementarias adecuadas y se instaura el tratamiento y las medidas preventivas que correspondan. Se intenta poner al día las revisiones y la aplicación de los cribados que correspondan (citologías, mamografías, analíticas, etc.)<sup>3,4</sup>.

La misma metodología se aplicará a un grupo de tamaño similar del mismo contingente de Atención Primaria de mujeres de origen nacional, para poder comparar los resultados a inferir diferencias estadísticas si las hubiera.

## Conclusiones y resultados

En el grupo de pacientes estudiadas la prevalencia general de las ETS es superior en las mujeres inmigrantes, con una prevalencia del 68% frente al 48% de las mujeres nativas. Hay mayor número de mujeres inmigrantes con vaginosis y candidiasis vaginal, y menor prevalencia de papiloma virus en muestra cervical (VHP). La *odds ratio* es de 3,41 en el caso de las vaginosis, con un intervalo de confianza del 95% (Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. Resultados en el grupo de mujeres inmigrantes (n= 50, 25 MI+25 MN)

	Nº MI***	Nº MN****	Prevalencia (%) MI	Prevalencia (%) MN	OR *(95% IC)	Chi cuadrado**
<b>Procedencia</b>						
África	14		56			
Sudamérica	8		32			
P. del Este de Europa	3		12			
<b>Patología</b>						
Itus de repetición	4	2	16	8	2,9	
ETS	17	12	68	48	2,3	2,05 (< 90%)
Vaginosis	3	1	12	4	3,41	1,09 (< 90%)
Vaginitis candidiásica	7	4	28	16	2,04	1,05 (< 90%)
VHP	2	3	8	12	0,64	
HIV	0	0	0	0		
Hepatitis	0	0	0	0		
<b>Neoplasias</b>						
Neo de mama	0	1	0	4		
Neo uterina	1	2	4	8	0,48	
Neo de ovario	0	0	0	0		

Tabla 1. Resultados en el grupo de mujeres inmigrantes (n= 50, 25 MI+25 MN) (continuación)

	Nº MI***	Nº MN****	Prevalencia (%) MI	Prevalencia (%) MN	OR *(95% IC)	Chi cuadrado**
Uso de anticonceptivos	9	15	36	60	0,38	
Infertilidad	4	2	16	8	2,19	0,76 (< 90%)
Multiparidad (> 0= 3 hijos)	6	3	24	12	2,32	1,22 (< 90%)
<b>Salud mental</b>			44			
Sd. ansioso-depresivo	11	17		68	0,37	
<b>Psicosocial</b>						
F. Monoparental	2	1	8	4	2,09	0,35 (< 90%)
Inactiva laboralmente	11	5	44	20	3,14	3,31 (90-95%)
Violencia de género	2	1	8	4	2,09	0,35 (< 90%)

\*OR: odds ratio (intervalo de confianza del 95%)  
 \*\*Chi cuadrado: relación entre la procedencia y la variable seleccionada de la tabla  
 \*\*\*MI: mujeres de origen inmigrante  
 \*\*\*\*MN: mujeres de origen nacional

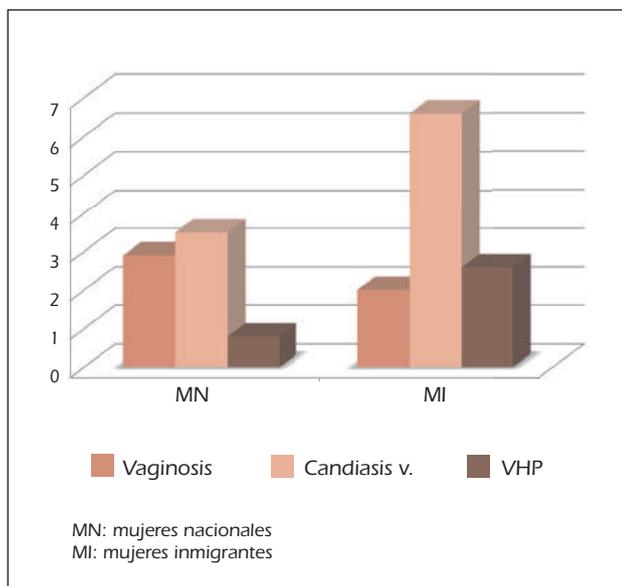


Gráfico 2. Descripción del Apgar

En el caso de las infecciones urinarias de repetición, la prevalencia en mujeres inmigrantes es del doble (16%, n= 4) (OR= 2,9).

Llama la atención la nula prevalencia de hepatitis u otros virus asociados a ETS<sup>6,7</sup>.

Las mujeres inmigrantes que siguieron un estudio de infertilidad fue el 16% (el doble que las nativas).

En el campo de la salud mental se descarta que las mujeres nacionales tuvieran una prevalencia superior en síndrome ansioso-depresivo (17%, frente al 11% en inmigrantes)<sup>7</sup>.

En cuanto a la relación entre variables, medida a través de la Chi cuadrado, es preciso destacar que la relación entre la procedencia e inactividad laboral era superior en el colectivo inmigrante con un valor de 3,31 (hay relación entre las variables con una confianza entre el 90 y el 95%).

Las ETS también se relacionaron de forma positiva en este estudio con el origen de las pacientes, siendo superior en mujeres inmigrantes (Chi cuadrado de 2).

Como conclusión, en este estudio se observa que correlacionan los resultados obtenidos con los de la bibliografía, en la que se describe el riesgo biológico en pacientes de origen inmigrante procedente de áreas endémicas, donde la prevalencia de ETS es superior al de este entorno<sup>9,10</sup>. Es importante correlacionar estos resultados con problemas socioculturales, mayor índice de desempleo, menor educación sanitaria y acceso a los servicios sanitarios más dificultoso para este colectivo. Por todo ello sería importante que desde la Atención Primaria se intenten desarrollar programas de detección precoz, educación sanitaria y facilitar el acceso a los tratamientos a las pacientes, así como establecer medidas epidemiológicas de prevención.

## Bibliografía

1. Mc Grath-Lone L. The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect.* 2014 Jun; 90(4):344-50.
2. Lan PT. Reproductive tract infections including sexually transmitted infections: a population-based study of women of reproductive age in a rural district of Vietnam. *Sex Transm Infect.* 2008 Apr; 84(2):126-32.
3. Manzardo C. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: epidemiological aspects and public health issues. *Travel Med Infect Dis.* 2008 Jan-Mar; 6(1-2):4-11.
4. Åkerman E. Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016 Oct 10; 16(1):25.
5. Lee F. Immigration and Adherence to Cervical Cancer Screening: A Provincewide Longitudinal Matched Cohort Study Using Multistate Transitional Models. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Jun; 41(6):813-23.
6. Torres ME. HIV Knowledge Among Pregnant Latinas in Rural South Carolina. *J Immigr Minor Health.* 2017 Aug; 19(4):897-904.
7. Ross J. Undocumented African Immigrants' Experiences of HIV Testing and Linkage to Care. *AIDS Patient Care STDS.* 2019 Jun 13.
8. De la Torre J. Antenatal care in immigrants. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29 Suppl 1:49-61.
9. Scott-Wright A. Hepatitis B virus, human immunodeficiency virus type-1, and syphilis among women attending prenatal clinics in Belize, Central America. *Am J Trop Med Hyg.* 1997 Mar; 56(3):285-90.

<sup>1</sup> Esther Conde Puertas  
<sup>2</sup> Inmaculada Hernández  
 Herrerías  
<sup>3</sup> Elena Conde Puertas

## Aversión o agitación de la lactancia: experiencia vivida y repercusiones en la lactancia

<sup>1</sup> *Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Servicio Andaluz de Salud. Jaén.* E-mail: esthercpu@gmail.com

<sup>2</sup> *Matrona. Hospital de Alta Resolución de Guadix. Empresa Pública Hospital de Poniente. Granada.*

<sup>3</sup> *Pediatra EBAP. UGC Purullena. Distrito Sanitario Nordeste de Granada. Servicio Andaluz de Salud. Granada.*

Fecha de recepción: 2 de octubre de 2019.  
 Fecha de aceptación: 10 de marzo de 2020.

### Cómo citar este artículo:

Conde Puertas E, Hernández Herrerías I, Conde Puertas E. Aversión o agitación de la lactancia: experiencia vivida y repercusiones en la lactancia. *Matronas Hoy* 2020; 8(1):21-7.

### Resumen

**Objetivo:** explorar la experiencia descrita por las madres respecto a la aversión o agitación del amamantamiento, con el fin de comprender mejor este fenómeno y sus repercusiones en la lactancia.

**Material y métodos:** estudio descriptivo exploratorio con enfoque cualitativo realizado a partir de las respuestas a una encuesta con preguntas abiertas de 196 mujeres que habían realizado lactancia materna más allá del año de vida del bebé.

**Resultados:** las mujeres describen un conjunto de vivencias o sentimientos coincidentes, entre los que predomina el rechazo hacia el bebé, producido de forma brusca y sin justificación aparente, unido al sentimiento de culpabilidad posterior, que origina un conflicto interno por la ambivalencia de estos sentimientos frente al deseo de seguir amamantando. Esta experiencia conlleva con frecuencia un destete no deseado.

**Conclusiones:** el mejor conocimiento de este fenómeno aporta herramientas para poder realizar un apoyo adecuado y sensible a los sentimientos de las mujeres, ayudándoles en la búsqueda de estrategias de afrontamiento adecuadas.

**Palabras clave:** lactancia materna; emociones; rechazo; destete; relación madre-hijo.

### Abstract

*Adverse Event Assessment in patient care: the obstetric case*

**Introduction:** *in recent years, there has been an increase in the need for improving patient safety, since it was revealed that there was a high frequency of adverse events (AEs) caused by patient care.*

**Objective:** *to identify the different methodologies used at the time of analyzing adverse events in obstetric care, for the systematic detection of the error that is causing them; and to reduce those defined as preventable, thus improving the safety of pregnant women.*

**Method:** *a narrative review of those articles published in Spanish and English between January, 2009 and January, 2018 in the following secondary bibliographic databases: PubMed, Cochrane, Elsevier and MEDES.*

**Results:** *fifteen (15) bibliographic references have been considered of interest, meeting the inclusion criteria.*

**Conclusions:** *cross-sectional, case-control, and by cohorts (both prospective and retrospective) methodologies are typically used.*

**Key words:** *adverse events; medical errors; safety management; patient safety.*

## Introducción

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Asociación Española de Pediatría (AEPED) recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación, junto a la alimentación complementaria hasta, al menos los dos años, mientras madre e hijo lo deseen, por ser fuente de salud física y psicológica para ambos<sup>1,2</sup>.

La lactancia posee un gran significado emocional para las madres, constituyendo una fuente de identidad materna<sup>3-5</sup>. Una de las principales motivaciones citada por las mujeres para la lactancia es el vínculo especial que se crea entre madre e hijo, motivo que se hace más importante en la lactancia prolongada<sup>6-8</sup>.

Sin embargo, el amamantamiento no siempre está asociado a sentimientos positivos y una vivencia grata, incluso en madres muy motivadas, en las que anteriormente había sido una experiencia satisfactoria. Así, hay mujeres que experimentan sentimientos o emociones negativas durante el amamantamiento, en ausencia o sin relación con problemas físicos de la lactancia, fenómeno que se ha denominado aversión o agitación de la lactancia. Se trata de un conjunto de sentimientos de rechazo repentino, sin causa aparente, hacia el acto del amamantamiento o incluso al contacto con el propio hijo, situación que puede afectar al deseo de seguir amamantando<sup>9-13</sup>. Se ha asociado popularmente a situaciones como embarazo, lactancia en tándem o lactancia con niños mayores, aunque puede aparecer en cualquier mujer lactante<sup>11,13</sup>.

Se puede diferenciar este fenómeno de otro tipo de emociones negativas descritas en torno a la lactancia como la disforia del reflejo de eyección láctea, caracterizada por una abrupta caída del estado de ánimo, que ocurre durante un corto periodo de tiempo mientras se produce el reflejo de eyección láctea, tras lo cual la disforia se desvanece. Se producen estados mentales que varían desde la tristeza, desesperanza, temor o incluso ideación suicida<sup>14,15</sup>.

No se disponen de datos de prevalencia de aversión a la lactancia, aunque se estima que es una situación común<sup>11</sup>. A pesar de ello es un problema muy desconocido entre los profesionales sanitarios, lo cual supone una falta de información y herramientas para el adecuado apoyo a estas mujeres. La principal información sobre este fenómeno es obtenida a través de las experiencias maternas reflejadas en redes sociales, blogs, foros de lactancia y grupos de apoyo a la lactancia. Según el conocimiento de los autores, la escasa información científica al respecto se limita a dos estudios con enfoque cualitativo<sup>9,10</sup>, careciendo de datos o estudios en población española.

Por tanto, el objetivo del presente estudio es explorar la experiencia descrita por las madres de aversión o agitación del amamantamiento, con el fin de comprender mejor este fenómeno y las repercusiones que conlleva respecto a la continuación de la lactancia o destete.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio con un enfoque cualitativo que pretende ser la base para una investigación de carácter cualitativo en mayor profundidad.

Los datos se recogieron a partir de una encuesta anónima con preguntas abiertas difundida virtualmente durante junio de 2018 entre un grupo de madres de Granada a través de la red social Facebook y a través de los grupos de lactancia Criarte y Mamilactancia de la provincia de Granada, incluyendo difusión a posibles contactos posteriores de estas madres. La encuesta se realizó con la herramienta Google forms e incluía datos básicos como edad y características obstétricas de las mujeres (número de hijos, tiempo que había efectuado lactancia materna con cada hijo, lactancia durante embarazo y lactancia en tándem) y una pregunta de respuesta sí/no para conocer si había experimentado sentimientos negativos de aversión o agitación durante el amamantamiento de alguno de sus hijos (describiendo previamente este fenómeno). En caso de respuesta positiva, la encuesta continuaba con preguntas abiertas para recoger datos de carácter cualitativo sobre su experiencia al respecto: sentimientos experimentados, temporalidad, cómo evolucionó, qué medidas tomaba, expresión del problema y apoyos, si pertenecía a algún grupo de apoyo y cómo le ayudó y si fue necesario realizar el destete a causa de estos sentimientos.

Los criterios de inclusión fueron saber leer y escribir en idioma español correctamente y haber hecho lactancia materna más allá del año de vida, incluyendo mujeres que estaban lactando o habían lactado en los últimos tres años (se estableció como criterio lactancia de más de un año para representar mejor a la posible población que experimenta este fenómeno y diferenciar de posibles dificultades emocionales y experiencias negativas al empezar la lactancia).

Al comienzo de la encuesta se incluía información sobre el estudio y el fin de la recogida de datos con carácter de divulgación científica, asegurando la confidencialidad y pidiendo el consentimiento de las mujeres de forma explícita antes de la recogida de datos.

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas de las mujeres creando categorías y temas emergentes a partir de sus discursos. Se obtuvo un total de 196 respuestas, de las que se eliminaron siete por no cumplir el criterio de inclusión de edad del bebé o por estar incompletas, obteniendo finalmente una muestra de 189 mujeres.

## Resultados

### Características sociodemográficas y obstétricas

La edad media se situó en 34,9 años, con un rango entre 20 y 43 años. 50 mujeres (26%) tenían dos hijos y cuatro

(2%) tres hijos. 43 mujeres (23%) habían amamantado a más de un hijo. El tiempo máximo de lactancia entre las encuestadas fue 54 meses. 112 mujeres (59%) habían amamantado a alguno de sus hijos más allá de los dos años y 51 (27%) habían amamantado en algún momento de su embarazo. 15 madres (8%) realizaban o habían realizado lactancia en tándem (tres casos eran gemelos).

67 (35%) de las mujeres habían experimentado sentimientos de aversión o agitación de la lactancia con alguno de sus hijos.

Los datos resultantes del análisis de las encuestas mostraron las siguientes categorías y temas que explicaban dicho fenómeno:

### Sentimientos experimentados

Aunque hay un variado espectro de sentimientos, aparecen vivencias o sentimientos coincidentes que experimentan las mujeres durante este fenómeno.

**Rechazo:** predomina este sentimiento en el discurso de la mayoría de madres. Aparece una sensación repentina e instintiva de rechazo hacia el bebé en el momento que demanda el amamantamiento o necesidad de apartarlo rápidamente del pecho: "deseo de que el niño suelte el pecho y salir corriendo", "realmente desagradable, instintivo, ganas de apartar a mi hija, de no verla". En la mayoría de casos se produce de forma súbita y sin justificación aparente, en mujeres que referían hasta ese momento una experiencia de lactancia satisfactoria, "era una necesidad de cesar la toma cuando anteriormente me resultaba algo relajante y gratificante". Estas sensaciones son percibidas por algunas madres como algo visceral e inconsciente, como expresa esta madre: "era algo superior a mí, algo inconsciente, como una manía".

**Molestia o sensación desagradable:** la mayoría de mujeres describen incomodidad al dar el pecho cuando antes era un momento agradable y especial entre madre e hijo. Refieren una sensación incapaz de soportar, que provoca el rechazo, en algunos casos descrita como hormigueo o escalofrío, dentera o nerviosismo interior, en otros incluso referida como sensación dolorosa o de quemazón: "necesidad de alejarme de mi hijo mayor, no quería que me tocara, me daba como algo parecido a dentera", "me dolía el pecho al mamar mi hijo mayor". Una madre explicaba como una sensación erógena, que le causaba perturbación, "fue una experiencia horrible, yo quería seguir amamantando, pero no podía soportarlo, me molestaba, el pecho se volvía como una zona erógena y no podía soportar tener al niño ahí".

**Agotamiento:** muchas mujeres refieren una sensación de cansancio extremo a la hora de amamantar, de falta o absorción de energía, "siento como si me chupara toda la energía, como si me agotara por dentro y cada vez que oigo la palabra teta siento rechazo".

**Ansiedad/irritabilidad:** también emergieron en las madres este tipo de sentimientos, como refleja el siguiente discurso: "muchas ansiedades, agobio, sobre todo si sintoniza el otro pezón. Una noche llegué a quitármelo del pecho y encerrarme en el baño cinco minutos".

**Rabia/enfado:** sentimientos muy frecuentes, descritos como mal humor, enfado injustificado, frustración e incluso agresividad. Referían respuestas como "sensación de enfado sin causa aparente", "me sentía con muy mala leche, rabia y coraje".

**Tristeza o culpa:** se repite en numerosas citas el sentimiento de culpa posterior por estos sentimientos negativos vividos: "intenso rechazo hacia el amamantamiento y una enorme tristeza por la presencia del propio rechazo", "me daba ansiedad, solo quería apartarlo del pecho y, por lo tanto, me sentía mal porque quería dar el pecho pero había momentos que mi cuerpo lo rechazaba".

De esta manera aparece una ambivalencia de sentimientos, sentimientos encontrados que causan confusión. Las madres se enfrentan a un conflicto interior por experimentar el rechazo, pero al mismo tiempo desean continuar su lactancia, con una gran motivación por ella: "muy desagradable, una mezcla de sentimientos, era como una necesidad de que parase aunque no quería dejar la lactancia", "es un sentimiento contradictorio, por un lado quieres darle el pecho y por otro te molesta".

### Temporalidad/intensidad del fenómeno

Si bien este fenómeno presenta gran variabilidad en cuanto a duración, frecuencia y momentos de aparición, se puede describir un perfil común a una proporción elevada de mujeres de mayor ocurrencia en horas nocturnas, ocasionado según refieren por el cansancio extremo y necesidad de descanso nocturno. "Ocurría fundamentalmente en las tomas nocturnas cuando empecé a trabajar, 3-4 noches/semana de forma intermitente durante varios meses".

En algunas mujeres sucede con todas o casi todas las tomas, mientras en otras solo en momentos puntuales o tomas concretas, cuando el niño está muy demandante o la toma se alarga en el tiempo. En algunos casos es un suceso ocasional, muy limitado en el tiempo, "me ha ocurrido ocasionalmente, no muy frecuente, solo de seis a ocho veces, pero ha sido muy intenso, sobre todo si sintoniza con el otro pezón"; mientras otras mujeres expresan haber vivido estos sentimientos un largo periodo de tiempo, manteniendo la lactancia a pesar de ello, "varias veces al día, intenso, insostenible, cada vez iba a más".

La intensidad de la reacción varía desde muy ligera, sin percibir repercusión importante en su lactancia, hasta sentimientos o emociones insostenibles, de intensidad severa, como describen estas mujeres: "sentía auténtico rechazo

cuando se acercaba mi hija, no duró mucho pero fue muy duro", "fue una experiencia horrible, yo quería seguir amamantando pero no podía soportarlo".

### Desencadenantes

La lactancia en tándem aparece como un desencadenante común para aquellas mujeres que la han practicado. Así, 9 de las 15 madres (60%) que habían realizado lactancia en tándem afirmaron haber experimentado estos sentimientos o emociones negativas al amamantar al niño mayor, frecuentemente desde el nacimiento del segundo hijo. "Era un sentimiento de molestia y rechazo hacia mi hija mayor, me ponía nerviosa que mamase a la vez que su hermano, me desagradaba", "antes del embarazo ya sentía algo, pero puntual y ocasional, ha sido sobre todo con el tándem".

Sin embargo, la frecuencia durante la gestación fue similar a la encontrada en el resto de las mujeres, ya que de las 51 madres que habían realizado lactancia materna durante algún momento de la gestación, solo 15 (29%) de ellas afirmaban haber experimentado estos sentimientos en relación con su embarazo (porcentaje similar al de mujeres que habían experimentado aversión a la lactancia sin estar embarazadas: 30%). El trimestre de gestación en el que aparece fue variable, desde el comienzo del embarazo o incluso al final de este en algunos casos.

Por otro lado, dos mujeres relacionaban estos sentimientos con la ovulación, produciéndose y resolviéndose de forma cíclica, "cuando comencé a sentir esta sensación solía coincidir que estaba ovulando, duraba unos días y después pasaba la sensación".

Una mujer asociaba la aparición de estos sentimientos negativos con su deseo de búsqueda de un nuevo embarazo, "apareció cuando buscaba quedarme embarazada y tenía dudas de si dar el pecho podía estar afectando a mi fertilidad".

Para otras muchas mujeres el principal desencadenante era la situación de cansancio extremo, falta de descanso nocturno o demanda excesiva del lactante, principalmente en niños de mayor edad, en los cuales esta demanda no está social o culturalmente aceptada. Así, muchas mujeres expresan que los sentimientos negativos hacia la lactancia materna comenzaron al realizar lactancia prolongada cerca o más allá de los dos años, "surgió alrededor de los dos años, cuando el niño a pesar de su autonomía demandaba mucho".

### Conocimiento y comunicación de la situación

Alrededor de un tercio de las mujeres que habían experimentado este rechazo hacia el amamantamiento no sabía que estos sentimientos negativos estaban documentados como una dificultad del amamantamiento denominada aversión o agitación de la lactancia materna.

De las que lo conocía, referían haber obtenido información a través de la literatura, internet, foros y en muchos casos gracias a los grupos de lactancia y crianza.

Se preguntaba si habían hablado con alguien sobre estos sentimientos. 17 de las 67 mujeres no habían expresado su problema a nadie y seis de ellas no contestaron a la pregunta. El resto buscaba principalmente apoyo en su pareja, alguna amiga con experiencia en lactancia y en los grupos de lactancia/crianza. Solo tres de ellas referían haber consultado esta situación con su matrona.

20 de las 67 madres que habían experimentado aversión a la lactancia habían asistido o pertenecían a algún grupo de apoyo a la lactancia, refiriendo que les daba la oportunidad de compartir su experiencia con otras madres y sentirse escuchadas. Algunas madres refieren que fue esencial como apoyo para afrontar esta dificultad en su lactancia. Les aportaba comprensión, reconocimiento y normalización de esta situación, reduciendo el sentimiento de culpabilidad: "vi que era algo frecuente y no por ello debía sentirme mala madre", "compartir experiencias con otras madres supone un alivio, ayuda a no sentirse mal cuando tienes esa sensación de rechazo, recibes consejos y se normaliza lo que pudiera parecer un problema".

### Estrategias de afrontamiento/destete

Al ser un fenómeno tan variado en intensidad y temporalidad, las estrategias de las mujeres varían desde la toma de conciencia de la situación como algo normal, afrontándola con paciencia y esperando al destete respetuoso del niño, hasta un destete forzado por la situación en otras ocasiones.

Hay mujeres en las que ocurre temporalmente y el problema se resuelve o mejora de forma espontánea, "mejoró con el tiempo, solo intenté relajarme y pensar en otra cosa". Otras expresan continuar su lactancia a pesar de los sentimientos de agitación vividos.

La motivación por la lactancia parece jugar un papel esencial en el afrontamiento de esta situación, haciendo un balance personal de las prioridades (lactancia/destete). Así se encuentran madres que deciden continuar con su lactancia, ayudándose de diferentes estrategias, entre las que se encuentran: técnicas de respiración y relajación, distracción, no realizar lactancia en tándem con los dos niños a la vez, acortar o eliminar tomas, sustituir tomas por biberón, negociación con el niño o destete nocturno: "progresivamente fui reduciendo las tomas, sobre todo en el tiempo, ya que cuanto más duraban más me molestaba", "cuando siento esta sensación se lo explico a mi hijo y entonces cuento hasta cinco para que suelte el pecho".

Destaca la importancia para las mujeres de compartir experiencias entre iguales (madre a madre), donde los grupos de lactancia y crianza suponen un apoyo fundamental.

Sin embargo, hay un gran número de mujeres que recurren al destete, ya sea respetuoso y progresivo o incluso un destete forzado por la situación, antes de lo deseado. Así 19 de las 67 mujeres que experimentaron la agitación del amamantamiento habían recurrido al destete y ocho de ellas lo habían planteado en algún momento como estrategia para afrontar esta situación, aunque no lo hubieran llevado a cabo. Las mujeres describen así su experiencia en torno al destete en los siguientes discursos: "a los 33 meses esa agitación era tal que decidí dejar la lactancia, pues creo que esta debe continuar mientras los dos lo deseen y yo ya no quería seguir así", "desteté sin realmente quererlo ninguno de los dos, por necesidad", "me lo planteo, aunque realmente no me gustaría destetar".

Para algunas mujeres aparece una situación de impotencia o frustración ante la necesidad de un destete difícil de conseguir o no querer realizar un destete forzado para ambos (madre e hijo): "todavía no lo he solucionado y estoy muy agobiada, a veces la duerme el padre en brazos y así evito la toma", "lloré muchísimo porque quería continuar amamantando, pero acabé destetándolo". Asimismo aparecen sentimientos de culpabilidad ante el destete o su planteamiento, "me planteé el destete, pero me podía más el sentimiento que tendría después de culpa".

## Discusión y conclusiones

La aversión o agitación del amamantamiento es un fenómeno muy desconocido entre los profesionales sanitarios, del que se dispone de pocos datos en la literatura científica. El presente estudio exploratorio aporta información sobre esta dificultad en la lactancia, permitiéndonos conocer mejor la experiencia que viven las madres y cómo afrontan esta situación.

Durante la lactancia se pueden experimentar diferentes sensaciones o emociones negativas, normalmente asociadas a dificultades en la lactancia<sup>16,18</sup>. Sin embargo, la agitación del amamantamiento aparece como una sensación visceral, de forma brusca y sin justificación aparente, en mujeres que normalmente han tenido una lactancia satisfactoria y con importante motivación hacia ella. Watkinson et al.<sup>9</sup> destacan cómo la lactancia materna tiene el potencial de desencadenar respuestas fisiológicas en ausencia de problemas en el amamantamiento. De este modo, habría que diferenciar estos sentimientos de otras emociones negativas que se pueden producir, principalmente al comienzo de la lactancia y relacionadas con motivos físicos, como el dolor al amamantar.

Los discursos de las mujeres muestran un grupo común de sentimientos vividos, predominando el rechazo, así como el sentimiento de culpa posterior, tema recurrente que causa un gran conflicto interno. Aunque la literatura científica referente a este fenómeno se reduce a dos estudios con en-

foque cualitativo de reciente publicación, ambos desarrollan discursos similares en torno a su temporalidad y sentimientos vividos por las mujeres<sup>9,10</sup>.

A pesar de la escasez de datos, parece ser una situación habitualmente experimentada por las madres, como se refleja en el presente estudio. No se dispone de datos estadísticos acerca de su ocurrencia, aunque una publicación de la Liga de la Leche Internacional en 2003 señalaba que podía afectar a más de un tercio de las mujeres que amamantan durante la gestación, señalando el embarazo como posible factor desencadenante, junto a la lactancia en tándem<sup>11</sup>. Sorprende asimismo la elevada proporción de mujeres (70%) que había experimentado aversión a la lactancia en el estudio de Yate<sup>10</sup> realizado a partir de una encuesta con 694 mujeres lactantes, datos muy superiores a la presente muestra, lo cual puede ser debido a que incluía mujeres que expresaban sentimientos negativos como angustia emocional debido a dolor en el pezón, producido por causas físicas como frenillo o grietas<sup>10</sup>. Sería pues importante definir correctamente este fenómeno para llevar a cabo comparaciones entre estudios.

No se conocen bien sus causas, aunque se ha postulado el embarazo, la lactancia en tándem y la lactancia prolongada como posibles desencadenantes<sup>11,13</sup>. El aumento de la sensibilidad en los pezones, unido a los cambios físicos y hormonales, podría explicar estas sensaciones incómodas durante el embarazo. Sin embargo, en el presente estudio la agitación se daba de forma similar entre mujeres que habían lactado embarazadas y aquellas que no, no difiriendo los sentimientos manifestados.

La lactancia en tándem sí se muestra como factor desencadenante, como refiere el 60% de las mujeres que habían amamantado a más de un niño a la vez. Asimismo, el cansancio excesivo y la demanda frecuente del menor desencadenan con frecuencia estas sensaciones de rechazo. Aunque no hay un perfil determinado de edad del bebé, el tiempo de lactancia parece influir de importante manera, pues suele aparecer en el contexto de una lactancia prolongada, en torno a los 2 años o más. Una posible explicación sería la necesidad instintiva de destetar al bebé, en la que juega un papel importante el entorno familiar y social y la edad del destete culturalmente aceptada en el entorno social.

En el estudio de Yate<sup>10</sup> no se encontró ningún patrón discernible demográfico o étnico, ni diferencias entre grupos de edad, número de hijos, lactancia en tándem o durante la gestación. No obstante, también registran como desencadenantes manifestados por las mujeres el cansancio físico excesivo por la demanda frecuente del niño, así como su relación con la ovulación o ciclo menstrual, postulando que sería plausible desde el punto de vista biológico alguna relación con cambios hormonales.

Destaca el hecho de que a pesar de su frecuencia es un problema muy invisibilizado, lo cual puede ser debido al miedo de las mujeres a ser juzgadas o incomprendidas por estos sentimientos de rechazo hacia su hijo. En el estudio de Watkinson<sup>9</sup>, las madres referían estar decepcionadas por la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios y la escasez de información que tenían para interpretar estas experiencias, que podían confundir incluso con la depresión postparto, por lo que buscaban información y apoyo de los grupos de madres o la literatura. En el presente estudio, solo tres madres referían haber buscado apoyo en su matrona o asesora de lactancia, lo cual induce a pensar que las mujeres no confían este tipo de dificultades a los profesionales sanitarios, quizás por ese miedo a ser juzgadas o la falta de accesibilidad a un profesional de referencia con experiencia en apoyo a la lactancia.

En cambio, destacan los grupos de lactancia y crianza como uno de sus principales apoyos, ejerciendo un papel esencial en la expresión de sentimientos, normalización de la situación y desculpabilización, así como para encontrar estrategias de afrontamiento. Watkinson<sup>9</sup> coincide en este punto, mostrando cómo para las madres, el compartir experiencias aliviaba su sentimiento de fallo en la maternidad. La literatura científica también refleja la importancia de este apoyo informal entre iguales en la continuidad de la lactancia<sup>19,20</sup>, así como la preferencia de las madres por este apoyo respecto al apoyo formal o profesional, en ocasiones referido por falta de disponibilidad o tiempo y al consejo conflictivo<sup>21</sup>.

Uno de los temas emergentes más relevantes fue el sentimiento de culpabilidad, tanto por los sentimientos negativos vividos como por la necesidad de destete a causa de ellos. Para muchas madres la lactancia materna tiene un gran significado emocional y de autorrealización, estando vinculada con su identidad materna y el concepto de "buena madre"<sup>3,4,8,22,23</sup>. Así, los problemas físicos durante la lactancia pueden conllevar sentimientos negativos como culpa o fracaso, por la falta de consecución de los objetivos maternos<sup>18,24</sup>.

Los sentimientos de rechazo al amamantamiento pueden causar un conflicto interno a las mujeres y una visión negativa de sí mismas. Se observa cómo muchas madres continúan con su lactancia a pesar de experimentar estos sentimientos debido al significado que tiene para ellas. La determinación, perseverancia y un compromiso sólido de amamantamiento son necesarios para mantener la lactancia cuando aparecen retos importantes<sup>23,25</sup>. Sin embargo, para otras mujeres, el destete se hace necesario. Cuando esta situación lleva a un destete no deseado o antes de los planes maternos, algunas madres experimentan sentimientos de culpabilidad, frustración o impotencia. El destete y abandono de la relación especial de la lactancia materna puede ser difícil para las madres, requiriendo tiempo para su resolución<sup>18,25</sup>. Otros autores muestran cómo el fallo en la lactancia

materna está asociado, además de a este tipo de sentimientos, a la pérdida de la identidad como buena madre<sup>4,18</sup>.

En conclusión es importante un mayor conocimiento de esta dificultad por parte de los profesionales sanitarios en contacto con las madres lactantes y una aproximación más holística a la relación de la lactancia materna, que tenga en cuenta no solo las dificultades físicas sino también emocionales, psicológicas o sociales. La continuidad asistencial con un profesional de referencia es esencial con el fin de establecer una relación de confianza con las madres y prestar un apoyo individualizado, que tenga en cuenta sus necesidades, para encontrar las mejores estrategias de afrontamiento. El apoyo entre iguales ayuda a la normalización de estos sentimientos y desculpabilización, por lo que se ha de facilitar el contacto con los grupos de apoyo a la lactancia y crianza más cercanos.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. OMS/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
2. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría [internet] 2012 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
3. Schmied V, Lupton D. Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity. *Social Health Illn* 2001; 23(2):234-50.
4. Lee EJ. Living with risk in the age of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding. *Health Risk Soc* 2008; 10(5):467-77.
5. Phillips KF. First-time breastfeeding mothers: perceptions and lived experiences with breastfeeding. *Int J Childbirth Educ* 2011; 26(3):17-20.
6. Gribble KD. Long-term breastfeeding; changing attitudes and overcoming challenges. *Breastfeed Rev* 2008; 16(1):5-15.
7. Rempel LA. Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *J Hum Lact* 2004; 20(3):306-18.
8. Conde Puertas E, Alonso Escalante I, Hernández Herreras I. Vivencia de la lactancia materna más allá del primer año: un en-

- foque cualitativo. Rev Paraninfo digital [internet] 2017 [citado 8 mar 2020]; 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/129.php>
9. Watkinson M, Murray C, Simpson J. Maternal experiences of embodied emotional sensations during breast feeding: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Midwifery* 2016; 36:53-60.
  10. Yate ZM. A qualitative study on negative emotions triggered by breastfeeding; Describing the phenomenon of breastfeeding/nursing aversion and agitation in breastfeeding mothers. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2017; 22:449-54.
  11. Flower H. Adventures in tandem nursing. Breastfeeding during pregnancy and beyond. La Leche League International. 2003
  12. Ayerbe López R, Aguilar Puerta SC, Molina García L. Agitación o aversión de la lactancia materna. *Rev Med Electrón* [internet] 2018 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/envio-articulos-formato-pdf/>
  13. Alba Padró. Agitación por amamantamiento. *LactApp* [internet] 19 abril 2018 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: <https://blog.lactapp.es/agitacion-por-amamantamiento/>
  14. Ureño TL, Buchheit TL, Hopkinson SG, Berry-Cabán CS. Dysphoric milk ejection reflex: A case series. *Breastfeed Med.* 2018; 13(1):85-8.
  15. Heise AM, Wiessinger D. Dysphoric milk ejection reflex: A case report. *Int Breastfeed J* 2011; 6(1):6.
  16. Lumley J, Amir LH. Women's experience of lactational mastitis: 'I have never felt worse'. *Aust Fam Physician* 2006; 35(9):745-7.
  17. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Rivera Martínez MS. "Yo quiero amamantar a mi hijo": Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Rev. chil. Pediatr* 2017; 88 (5):622-8.
  18. Nelson AM. A Metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51:e13-e20
  19. National Institute for Health and Clinical Excellence. A peer-support programme for women who breastfeed. Commissioning guide. Implementing NICE guidance. London: NICE; 2008.
  20. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; 3.
  21. McInnes R, Chambers J. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs* 2008; 62(4):407-27.
  22. Marshall JL, Godfrey M, Refrew MJ. Being a "good mother": managing breastfeeding and merging identities. *Soc Sci Med* 2007; 65(10):2147-59.
  23. Phillips KF. First-time breastfeeding mothers: perceptions and lived experiences with breastfeeding. *Int J Childbirth Educ* 2011; 26(3):17-20.
  24. Olza I, Ruiz-Berdún D, Villarrea S. La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata* 2017; 25:217-25.
  25. Schmied V, Beake S, Athena Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: A metasynthesis. *BIRTH* 2011; 38(1):49-60.

# 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)

María Isabel Fernández  
Aranda

## Evaluación de eventos adversos en la asistencia sanitaria, el caso obstétrico

<sup>1</sup> *Matrona. Unidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). E-mail: maribel.fernandez.aranda@gmail.com*

Fecha de recepción: 9 de septiembre 2018.  
Fecha de aceptación: 11 de marzo de 2020.

### Cómo citar este artículo:

Fernández Aranda MI. Evaluación de los eventos adversos en la asistencia sanitaria, el caso obstétrico. *Matronas Hoy* 2020; 8(1):29-38.

### Resumen

**Introducción:** en los últimos años ha aumentado la necesidad de mejorar la seguridad del paciente desde la puesta de mani-fiesto de la alta frecuencia de los efectos adversos (EA) causados por la asistencia sanitaria.

**Objetivo:** identificar las distintas metodologías utilizadas a la hora de analizar eventos adversos en la asistencia obstétrica con el objetivo de detectar de forma sistemática el error que los provoca, y disminuir los definidos como prevenibles mejorando la seguridad de la mujer gestante.

**Método:** revisión narrativa de los artículos publicados en español e inglés entre enero de 2009 y enero de 2018 en las siguientes bases de datos bibliográficas secundarias: PubMed, Cochrane, Elsevier y MEDES.

**Resultados:** se han considerado de interés 15 referencias bibliográficas que cumplen los criterios de inclusión.

**Conclusiones:** las metodologías transversal, de cohortes (tanto prospectivo como retrospectivo) y de casos y controles son las generalmente utilizadas.

**Palabras clave:** efectos adversos; errores médicos; gestión de la seguridad; seguridad del paciente.

### Abstract

**Adverse Event Assessment in patient care: the obstetric case**

**Introduction:** *in recent years, there has been an increase in the need for improving patient safety, since it was revealed that there was a high frequency of adverse events (AEs) caused by patient care.*

**Objective:** *to identify the different methodologies used at the time of analyzing adverse events in obstetric care, for the systematic detection of the error that is causing them; and to reduce those defined as preventable, thus improving the safety of pregnant women.*

**Method:** *a narrative review of those articles published in Spanish and English between January, 2009 and January, 2018 in the following secondary bibliographic databases: PubMed, Cochrane, Elsevier and MEDES.*

**Results:** *fifteen (15) bibliographic references have been considered of interest, meeting the inclusion criteria.*

**Conclusions:** *cross-sectional, case-control, and by cohorts (both prospective and retrospective) methodologies are typically used.*

**Key words:** *adverse events; medical errors; safety management; patient safety.*

## Introducción

La seguridad es un componente básico de la calidad asistencial. Seguridad del paciente y riesgo asociado a la asistencia sanitaria son aspectos complementarios, refiriéndose este último a la probabilidad de que ocurran incidentes, eventos o circunstancias que puedan causar daños innecesarios al paciente. Un evento adverso se puede definir como un incidente inesperado, asociado directamente con el cuidado del paciente, que da lugar a un daño<sup>1</sup>. La tasa de efectos adversos (EA) en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables<sup>2</sup>. Los informes disponibles<sup>3,4</sup> comparten la definición operativa de EA como el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí. Estos trabajos se basan en estudios de cohortes retrospectivas, con una metodología similar mediante la revisión de historias clínicas.

En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización de 2005<sup>5</sup>, el 9,3% de los pacientes que ha ingresado en hospitales españoles sufre algún tipo de efecto adverso derivado de la asistencia sanitaria y aproximadamente 16.000 pacientes fallecen como consecuencia de ellos. El 42,8% de los efectos adversos se considera evitable. Otros estudios como el APEAS publicado en 2008<sup>6</sup> cuantifica la prevalencia de efectos adversos en un 11,18%, de los cuales el 70% se considera evitable. En el caso obstétrico ocurre en hasta el 10% de los casos y hasta la mitad de estos podría prevenirse<sup>7,8</sup>. El 73% de los EA se ha atribuido a fallas en el trabajo en equipo y la comunicación<sup>9</sup> (Tabla 1). Otros estudios cifran la incidencia acumulada de pacientes con EA obstétrica en el 3,6%, siendo los EA más habituales los relacionados con intervenciones o procedimientos quirúrgicos (59,4%), aunque ninguno de los detectados se consideró grave y el 56,3% de ellos se consideraron evitables<sup>10,11</sup>.

El incremento de costes asociados a los eventos adversos hospitalarios oscila entre un 2,9% y un 16,9% de las asistencias sanitarias, y suponen un incremento en el coste del episodio de un 9,6%<sup>12</sup> a un 25%<sup>13</sup>. En el caso del sistema sanitario español, el coste de oportunidad de no prever los EA representa entre el 1,5% y el 3% del gasto sanitario nacional<sup>14</sup>.

Asumiendo que el error humano es una parte inseparable del trabajo que el personal sanitario realiza en un entorno tan complejo como es el de la asistencia sanitaria, la detección temprana y sistemática del error puede permitir anticipar y prevenir el efecto del evento adverso. El desarrollo de una metodología que permita identificar y clasificar estos eventos se perfila como la parte más crítica de un programa de seguridad obstétrica. Su perfeccionamiento permitirá desarrollar métodos de trabajo para reaccionar a los eventos adversos a partir de la detección del error en la práctica obstétrica, de aquí la importancia del presente estudio.

## Objetivo

El objetivo de este estudio será el de identificar las distintas metodologías utilizadas a la hora de analizar eventos adversos en la asistencia obstétrica, con el objetivo de detectar de forma sistemática el error que los provoca y disminuir los definidos como prevenibles, mejorando la seguridad de la mujer gestante.

## Material y método

Se ha realizado una revisión narrativa de la bibliografía existente para buscar trabajos relacionados con el objetivo de estudio marcado, la detección de eventos adversos relacionados con el paciente obstétrico y las metodologías utilizadas para ello. Las bases de datos empleadas fueron PubMed, Cochrane, Elsevier, MEDES y Scholar Google y la búsqueda se realizó en los idiomas inglés y español. La estrategia de búsqueda consistió en una primera fase en combinar los descriptores DECS: embarazo, efectos adversos, errores médicos, gestión de la seguridad, seguridad del paciente; y sus correspondientes en inglés: *pregnancy, adverse effects, medical errors, safety management, patient safety*.

En una segunda fase se afinó la búsqueda llevando a cabo combinaciones booleanas de términos de lenguaje natural; ["Eventos adversos" OR "Errores médicos" OR "Eventos cen-

**Tabla 1. Causas fundamentales de 47 muertes perinatales y sus frecuencias**

Causa fundamental	Frecuencia (%)
Comunicación	72%
Cultura organizacional	55%
Competencia del personal	47%
Orientación y capacitación	40%
Monitoreo fetal inadecuado	34%
Equipo y medicamentos no disponibles	30%
Acreditación, supervisión y otorgamiento de privilegios	30%
Suministro de personal	25%
Profesional de la salud no disponible o retrasado	19%
Falta de disponibilidad de registros prenatales	11%

Fuente: The Joint Commission. Sentinel Event Alert #30.2004

tinela"] AND ["seguridad" OR "método" OR "sistema"] AND ["gestantes" OR "Obstetricia"] en los apartados de título y resumen, dicho procedimiento se repitió en todas las bases de datos. A los resultados obtenidos se les aplicaron los criterios de inclusión siguientes:

- Informes, estudios, artículos o revisiones sistemáticas en inglés o español publicados entre enero de 2010 y enero de 2018.
- Informes, estudios, artículos o revisiones sistemáticas focalizadas en la identificación y evaluación cuantitativa o cualitativa de los eventos adversos en sanidad, por tanto, que incluyan estos términos en los apartados de título o resumen.
- Informes, estudios, artículos o revisiones sistemáticas que incluyan la descripción metodológica del proceso de detección y análisis de los eventos adversos en obstetricia. Por ello deberán incluir estos términos en los apartados de título o resumen.

Los registros que cumplen los tres criterios fueron analizados detenidamente y eliminados el resto. La estrategia de búsqueda

del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y los resultados están recogidos en la Tabla 2.

## Resultados

En cuanto a los resultados de la revisión narrativa llevada a cabo, la literatura relacionada con los eventos adversos en sanidad no es muy extensa, la evolución del número de trabajos publicados presentan un máximo en torno al año 2015 de 75 artículos, manteniéndose en estos cinco últimos años en una media de 60 registros relacionados (fuente: Pubmed). Siguiendo la metodología descrita en el apartado anterior se han encontrado 15 artículos y estudios relacionados con el tema del estudio<sup>20-32</sup> una vez aplicados los criterios de inclusión. El diagrama de flujo de la búsqueda se ha ilustrado en la Tabla 2 y los resultados analizados en la Tabla 3.

Del análisis de los datos obtenidos se pueden clasificar en tres los métodos generalmente utilizados para el estudio de los fenómenos adversos: el transversal, en el que se analiza

Tabla 2. Estrategia de búsqueda del estudio con criterios de inclusión y exclusión

	Bases de datos					
	PUBMED	Cochrane	Elsevier	MEDES		
Registros obtenidos al realizar búsqueda por descriptores clave MESH y DECS	4.207	1.828	5.074	187		
Registros obtenidos al realizar búsqueda booleana por palabras en lenguaje natural ["Eventos adversos" OR "Errores médicos" OR "Eventos centinela"] AND ["seguridad" OR "método" OR "sistema"] AND ["gestantes" OR "Obstetricia"]	361	3	30	5		
Registros totales	399				Eliminados	Duplicados
Lectura de título y <i>Abstract</i> . Se aplica criterio temporal 1	14	0	5	0	354	26
Lectura de título y <i>Abstract</i> . Se aplica criterio 2	12	0	4	0	3	0
Lectura de artículos. Se aplica criterio 3	12	0	3	0	0	0
Registros incluidos en la revisión narrativa	15					
Fuente: elaboración propia						

Tabla 3. Resultados obtenidos de la revisión narrativa

Autores	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
Pettker C. (2017) (20)	Systematic approaches to adverse events in obstetrics, PartI: Event identification and classification	Revisar los diversos sistemas que se utilizan para identificar los eventos adversos, en particular los eventos centinela, los eventos notificables por el estado y los eventos "desencadenantes" adversos locales significativos en la obstetricia	Un enfoque sistemático para identificar y clasificar los eventos es una parte crítica de cualquier programa de seguridad	Se revisa el concepto de "evento de seguridad grave", cómo difieren de las complicaciones conocidas o eventos no prevenibles, y cómo se clasifica esto
Pettker C. (2017) (21)	Systematic approaches to adverse events in obstetrics, PartII: Event analysis and response	Revisar las tareas importantes que deben ser familiares para cualquier equipo que se acerque al estudio metodológico de un evento serio en una unidad de obstetricia	El análisis de causa raíz es crítico y se utiliza como herramienta para diseccionar los actores que contribuyen a un evento adverso	El brazo crítico para mejorar y cambiar viene en el análisis y la respuesta a los eventos adversos incluyendo el análisis de causa raíz, planes de acción correctiva, divulgación de errores y apoyo a la paciente
Aibar L, Rabanaque J, Mozas J, Puertas A, Aranaz JM, Aibar C. (2013) (22)	Improving patient safety by detecting obstetric care-related adverse events: application of a new screening guide	Determinar la magnitud e importancia de los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes y la eficacia de las medidas para mejorar la seguridad de los pacientes obstétricos	El estudio de cohorte retrospectivo incluyó a 244 mujeres que fueron hospitalizadas durante el parto	La guía MRF1-OBST no identificó ninguna complicación adicional durante la hospitalización o incidentes relacionados con PS que no fueran identificados por la guía MRF1
Aibar L, Rabanaque j, Mozas j, Aranaz JM, Aibar C. (2014) (23)	Patient safety and adverse events related with obstetric care	Determinar la frecuencia y distribución de los eventos adversos (AE) en los departamentos de obstetricia de los hospitales españoles	Estudio de cohorte retrospectivo que incluye 816 mujeres admitidas en los departamentos de obstetricia de 41 hospitales	La incidencia acumulada de pacientes con EA obstétrica fue del 3,6% (IC del 95%: 2,3-4,8). Los EA más habituales fueron los relacionados con intervenciones o procedimientos quirúrgicos 59,4%. Ninguno de los EA detectados se consideró grave
Murray-Davis B, McDonald H, Cross-Sudworth F, Ahmed R, Simioni J, Dore S, et al. (2015) (24)	Learning from Adverse Events in Obstetrics: Is a Standardized Computer Tool an Effective Strategy for Root Cause Analysis?	Establecer la confiabilidad de una aplicación informática para el análisis de causas raíz llamada Revisión Clínica Estandarizada de Resultados (SCOR) que aprende de los eventos adversos registrados	Estudio de métodos mixtos para evaluar la efectividad de la herramienta con análisis cualitativo del contenido de cinco gráficos revisados tanto por los métodos tradicionales de garantía de calidad obstétrica como por la herramienta SCOR	La revisión cualitativa comparativa reveló que el proceso tradicional de revisión de casos de garantía de calidad usó un lenguaje inconsistente e hizo recomendaciones serias y personalizadas para los involucrados en el caso. Por el contrario, la revisión del SCOR proporcionó una coherencia consistente

Tabla 3. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
Alluéa N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. (2014) (25)	Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos	Evaluar la incidencia y los costes de los eventos adversos presentes en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en los hospitales españoles en el periodo 2008-2010	Estudio retrospectivo que estima el coste incremental por episodio, según la presencia de eventos adversos	Valorando su impacto, los eventos adversos representan relevantes costes que pueden revertirse en mejora de la calidad y la seguridad del sistema de salud
Florea A, Caughey SS, Westland J, Berckmans M, Kennelly C, Beach C, et al. (2009) (26)	The Ottawa Hospital Quality Incident Notification System for Capturing Adverse Events in Obstetrics	Describir el diseño e implementación de un Sistema de Calidad de notificación de incidentes (QIN) en una unidad obstétrica y proporcionar un análisis de la frecuencia y naturaleza de los acontecimientos capturados por el sistema	Formulario en línea con lista de indicadores de calidad para indicar preocupaciones potenciales de seguridad, problemas cercanos o malos resultados que requirieron un escrutinio más profundo	El sistema capturó una tasa relativamente baja de eventos adversos, con cerca de la mitad de estos evitables. Utilizado de manera consistente, este tipo de sistema puede ser una herramienta eficaz para la gestión del riesgo y la mejora de las prácticas
Patterson JA, Stuart AE, Ford JB. (2016) (27)	Use of propensity score methods to address adverse events associated with the storage time of blood in an obstetric population: a comparison of methods	Comparar los métodos tradicionales para exposiciones binarias con los métodos de puntuación de propensión generalizada más recientemente desarrollados	Estudio retrospectivo de mujeres que dieron a luz a partir de las 23 semanas de gestación en Nueva Gales del Sur, Australia, entre julio de 2006 y diciembre de 2010	Dentro de una población obstétrica no hubo pruebas de un aumento en los eventos adversos después de la transfusión de sangre. Los métodos de puntuación de propensión proporcionan una herramienta útil para abordar la cuestión de los eventos adversos, con el aumento del tiempo de almacenamiento de la sangre
November M, Chie L, Weingart SN. (2008) (28)	Physician-Reported Adverse Events and Medical Errors in Obstetrics and Gynecology	Explorar la viabilidad de un método novedoso para capturar los eventos adversos y potenciales adversos dentro de un servicio de obstetricia/ginecología (OB/GYN) en un hospital universitario	Tarjetas de informes de incidentes identificando obstáculos para la atención, lesiones u hospitalizaciones prolongadas, y problemas que afectaban a sus pacientes	Un sistema de información voluntario basado en médicos en OB/GYN complementa los métodos existentes para identificar errores médicos
Smith R (2017) (29)	Clinical risk management in obstetric practice	El objetivo de esta revisión es describir por qué la gestión del riesgo reviste especial importancia en la obstetricia y describir el funcionamiento	Estudio retrospectivo	Las acciones no han de compararse con el estándar o con la práctica normal de la persona que escribe el informe. Una vez finalizada la

Tabla 3. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
		práctico del proceso de gestión del riesgo de maternidad en un servicio de atención terciaria que imparte enseñanza sobre maternidad		investigación de riesgos, el departamento puede decidir que desea establecer una norma más estricta, en cuyo caso tendría que redactarse de acuerdo con las directrices locales. Ese análisis debería permitir juzgar si hubo errores de diligencia en el caso
Henriksen K, Battles JB, Keyes MA (2008) (30)	Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches	Analizar un nuevo método para captar eventos adversos de un servicio de obstetricia/ginecología (OB/GYN) hospitalario urbano	Tarjetas de notificación de incidentes que identifican los obstáculos para el cuidado, lesiones o hospitalizaciones prolongadas, y los problemas que afectan a sus pacientes	Un sistema de notificación voluntaria basado en el médico en OB/GYN complementa los métodos existentes para la identificación de errores médicos
Pettker CM, Grobman WA. (2015) (31)	Seguridad y Calidad Obstétrica	Revisa los antecedentes de las ciencias del mejoramiento de la calidad con especial énfasis en los resultados y medidas de calidad obstétrica	Estudio retrospectivo	La calidad y seguridad obstétrica es un campo incipiente y, como resultado, se tiene la oportunidad de dar forma al tema. El diseño, implementación y evaluación de programas de mejora de la calidad y seguridad implica el manejo multidisciplinario de múltiples tipos de medidas y sistemas
Lancis-Sepúlveda ML, Asenjo-Arayab C. (2014) (32)	Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile	Determinar la incidencia y tipos de eventos adversos (EA) en pacientes hospitalizados en la Clínica Vespucio, describir sus causas inmediatas, definir los EA evitables y determinar los servicios con mayor tasa	Estudio retrospectivo de cohortes en pacientes dados de alta entre el 16 y el 31 de enero de 2012. Para la identificación de EA se revisan las fichas clínicas y se les aplica la guía de cribado de efectos adversos adaptada del estudio de Harvard	Se incluyeron en el estudio 500 pacientes, de los que 31 presentaron EA relacionados con la asistencia sanitaria (6,2%), con una densidad cada 100 días/cama de 3,46 (leves 2,72, moderados 0,65 y graves 0,09). Los servicios con mayor tasa por cada 100 altas fueron: unidad de pacientes críticos (21,4), obstetricia y ginecología (7) y médico quirúrgico (6)

Tabla 3. Resultados obtenidos de la revisión narrativa (continuación)

Autores	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
Servicio de Registros e Información sanitaria. (2013) (33)	Informe Evaluación del marcador POA en el CMBD de altas hospitalarias de la CAPV, 2011-2012	Detectar las complicaciones adquiridas en el hospital y aportar unos indicadores para evaluar la calidad de la atención hospitalaria	Análisis del total de los diagnósticos recogidos en los registros del CMBD de los hospitales de agudos de la red de Osakidetza	El porcentaje de diagnósticos no POA ha sido similar en 2011 y 2012 en el conjunto de los hospitales. Sin embargo, las diferencias por hospital son destacadas. Existe una notable heterogeneidad en el registro de algunos de los diagnósticos no POA más frecuentes entre los diferentes hospitales
Del Rio Mata J. (2012) (34)	Sistema de identificación de eventos adversos a partir del conjunto mínimo básico de datos, mediante la incorporación de una readaptación de los marcadores "present on admission"	Mejorar la capacidad de detección de EA a partir del CMBD mediante un modelo de refinamiento de los marcadores <i>present on admission</i>	Estudio retrospectivo. La población objeto de estudio ha sido 20.876 altas de procesos de hospitalización convencional durante el año 2011 con un total de 133.347 diagnósticos	La capacidad de detección de EA con POA-R es superior a la de los POA para el conjunto de los EA analizados. Así para EA cuyo momento de aparición está ligado a la hospitalización muy probablemente la aportación de los POA-R sea escasa o nula

Fuente: elaboración propia

el suceso del estudio y sus factores de riesgo; el de cohortes (tanto prospectivo como retrospectivo)<sup>22,23,25,27,29,31,32</sup>, donde se realiza un seguimiento a los individuos (expuestos y no expuestos al factor de riesgo) y se determina la aparición del evento adverso<sup>26,28</sup>, y el de casos y controles donde se analiza en individuos afectados y no afectados por el EA su exposición al factor de riesgo.

También se han encontrado metodologías innovadoras para la cuantificación del efecto adverso en obstetricia mediante aproximaciones indirectas a través del análisis del marcador POA en los agrupadores GRD (Grupos relacionados de diagnóstico)<sup>33</sup>, en el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) de altas hospitalarias<sup>34</sup> y aplicaciones informáticas de análisis causa raíz<sup>24</sup>. El análisis de causa raíz es una herramienta crítica, pero a menudo malentendida, utilizada para diseccionar los factores contribuyentes que llevan a un evento adverso.

## Discusión

El entorno del trabajo de parto, y el parto en sí mismo, es excepcionalmente vulnerable a los EA debido a la presencia

de múltiples profesionales que prestan servicios de salud en una variedad de disciplinas, la agudeza de los casos y el momento impredecible en que se producen los eventos. Además, la gestión de un caso en particular a menudo reúne a personas que no han trabajado anteriormente juntas.

La cuantificación de los eventos adversos en obstetricia depende de una buena métrica, significativa y cuantificable. Las mejores medidas son aquellas que se apoyan en prácticas clínicas sólidas con métodos de medición válidos, medibles y confiables y pueden ser empleadas y modificadas para adaptarse al sistema que las utiliza. Del análisis de la bibliografía consultada se desprende que el estudio de cohortes retrospectivo sigue siendo el método de referencia para la evaluación de los EA, aunque el estudio de casos y controles es utilizado para la evaluación del impacto de los efectos adversos.

Dado que el fin último es el de cuantificar la seguridad de la mujer gestante se han encontrado métodos alternativos basados no en la cuantificación del número de eventos que se producen durante un cierto periodo de tiempo, sino más bien por el periodo de tiempo entre los eventos adversos,

dado que en su mayor parte los eventos de seguridad graves son poco habituales. Este método se utiliza con incidentes de gravedad y baja frecuencia como los eventos centinela y eventos de seguridad. La mejora en este tipo de indicadores viene de la mano de un aumento en el tiempo entre incidentes de seguridad graves.

Las amenazas a la seguridad de la mujer gestante a menudo se superponen; la mayoría de los casos de daño potencial, daño, o reducción de la calidad están relacionados con carencias y fallos múltiples dentro de un sistema. Por esta razón a menudo es conveniente utilizar metodologías variadas y heterogéneas para detectar de forma sistemática el error que provoca los EA y disminuir los definidos como prevenibles. Este es el motivo por el que, con frecuencia, algunas intervenciones, estudiadas de forma aislada, pueden no producir los resultados esperados, o por la que una sola intervención, probada en dos instituciones diferentes, puede tener resultados distintos en cada sitio.

La investigación de los esfuerzos para mejorar la seguridad en obstetricia tiene como objetivo encontrar soluciones que puedan prevenir el daño potencial a la mujer gestante. Como resumen de la literatura encontrada se puede explicar la secuencia metodológica de la siguiente forma<sup>15</sup>; en primer lugar efectuar el diagnóstico del problema y determinar la magnitud del daño y el número y los tipos de AE que pueden dañar a la mujer gestante, comprender las causas profundas del daño causado a las mujeres gestantes, buscar soluciones para hacer la atención sanitaria más segura, y evaluar la efectividad y el impacto de las soluciones encontradas. Del análisis de los factores importantes que contribuyen a fallas de seguridad en obstetricia<sup>16</sup> se desprende que los factores no médicos, en particular la comunicación y la cultura de la organización, contribuyeron significativamente a resultados perinatales deficientes. La mayoría de las intervenciones de seguridad exigirán múltiples tipos de cambio, incluida la educación y capacitación del personal sanitario, trabajo para mejorar la coordinación y comunicación de los equipos, y organización de los procesos administrativos y estructurales. Por esta razón, las intervenciones para evitar los EA en obstetricia se han de ver como piezas de una matriz y no como soluciones independientes. Además, los tipos de problemas encontrados, específicamente en obstetricia, son a menudo diferentes de la población hospitalaria dominante y no son susceptibles a los métodos tradicionales de detección y análisis<sup>17</sup>. Rara vez resultan en AE y tienden a ser más problemas basados en el sistema, que se ocupan de las dificultades de comunicación y coordinación que requieren un método de detección no basado únicamente en revisiones de gráficos<sup>16</sup>. Estas diferencias también pueden cuestionar los métodos típicos de remediación ejercidos por la administración hospitalaria<sup>18</sup>.

Finalmente se están desarrollando guías de detección de EA específicos para atención obstétrica como la MRF1-OBST, esta herramienta es una forma modificada de la guía de

cribado MRF1 usada regularmente en estudios epidemiológicos de seguridad del paciente, a la cual se ha agregado artículos desarrollados específicamente para atención obstétrica. Esta versión modificada requiere más trabajo para usarla como ayuda de rastreo que el instrumento MRF1 original y no mejora la detección de la AE obstétrica<sup>10</sup>.

En cuanto a los tipos de datos disponibles para estos estudios hay diferencias importantes entre ellos, presentando cada uno ventajas e inconvenientes. Los historiales médicos tienen limitaciones en cuanto a inexactitudes en la información o una calidad insuficiente de la información contenida y aun así son ampliamente utilizados por su amplia disponibilidad. Las diferencias encontradas en los tipos de eventos capturados y registrados en cada sistema tienen a menudo mucho que ver con el tipo de especialista que completa el registro del sistema informatizado<sup>19</sup>. Los datos disponibles pueden ser incompletos o limitados, lo que dificulta la labor de los profesionales de la obstetricia para medir el daño, los EA graves son relativamente raros y las variaciones en la práctica clínica dificultan las comparaciones entre los diferentes centros. Otras fuentes de datos importantes son los indicadores de seguridad del paciente, los eventos centinela, los sistemas de notificación de incidentes y EA, el análisis de reclamaciones y demandas.

### Limitaciones del estudio

Como limitaciones se puede indicar el posible sesgo de publicación, ya que solo se incluyen los trabajos publicados entre 2010 y 2017. Esta estrategia puede haber excluido otros estudios o grupos que podrían contribuir a la comprensión del uso de las distintas metodologías utilizadas a la hora de analizar eventos adversos en la asistencia obstétrica. Otra limitación es el hecho de que la aplicación de los criterios de selección los lleva a cabo una sola persona, lo que puede influir en los resultados obtenidos y el número de bases de datos utilizadas en la búsqueda, aunque se estiman que estas son lo suficientemente completas y su base documental significativa.

### Conclusiones

El análisis detallado de los EA mediante múltiples metodologías ayuda a la detección de oportunidades de mejora, realización de acciones correctoras y la disminución de EA posteriores.

Las metodologías transversal, en la que se analiza el suceso del estudio y sus factores de riesgo; de cohortes (tanto prospectivo como retrospectivo), donde se realiza un seguimiento a los individuos (expuestos y no expuestos al factor de riesgo) y se determina la aparición del evento adverso; y de casos y controles donde se analiza en individuos afectados y no afectados por el EA su exposición al factor de riesgo son las generalmente utilizadas. Aunque el estudio de cohortes retrospectivo sigue

siendo el método de referencia para evaluar la aparición de los EA, en obstetricia el de casos y controles se sigue utilizando para la evaluación del impacto de los EA. También se han desarrollado metodologías innovadoras para la cuantificación del efecto adverso en obstetricia mediante aproximaciones indirectas a través del análisis del marcador POA en los agrupadores GRD (grupos relacionados de diagnóstico), en el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) de altas hospitalarias y aplicaciones informáticas de análisis causa raíz.

En la actualidad se están estudiando métodos para relacionar los eventos adversos desde el error de manera sistemática, este enfoque permite identificar y clasificar los EA como base para cualquier programa de seguridad obstétrica.

Los tipos de datos utilizados para las distintas metodologías empleadas en estos análisis varían entre los historiales médicos, los indicadores de seguridad del paciente, los eventos centinela, los sistemas de notificación de incidentes y EA, el análisis de reclamaciones y demandas.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- World Health Organization. More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Technical Report January [internet] 2009; WHO [citado 8 mar 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)
- Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin*. 2004; 123(1):21-5.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324:370-6.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324:377-84.
- Aranaz Andrés JM. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
- Pettker CM. Standardization of intrapartum management and impact on adverse outcomes. *Clin Obstet Gynecol*. 2011; 54(1):8-15.
- Grobman WA. Obstetric patient safety: an overview. *Am J Perinatol*. 2012; 29(1):3-6.
- Raju TNK, Bailit J. Patient safety during perinatal and neonatal care: research, education and clinical care issues. *Am J Perinatol*. 2012; 29(1):1-2.
- Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. Improving patient safety by detecting obstetric care-related adverse events: application of a new screening. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 289(5):945-5.
- Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(4):825-30.
- Fuller RL, McCullough EC, Bao MZ. Estimating the costs of potentially preventable hospital acquired complications. *Health Care Financ Rev*. 2009; 30:17-32.
- Pirson M, Martins D, Jackson T. Prospective casemix-based funding, analysis and financial impact of cost outliers in all-patient refined diagnosis related groups in three Belgian general hospitals. *Eur J Health Econ*. 2006; 7:55-65.
- Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit*. 2014; 28(1):48-54.
- Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *Br Med J*. 2004; 328:199.
- The Joint Commission. Sentinel event alert #30. 2004 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: [http://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_alert\\_issue\\_30\\_preventing\\_infant\\_death\\_and\\_injury\\_during\\_delivery/](http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_30_preventing_infant_death_and_injury_during_delivery/)
- Forster AJ, Fung I, Caughey S. Eventos adversos detectados por la vigilancia clínica en un servicio obstétrico. *Obstet Gynecol*. 2006; 108:1073-83.
- Veltman LL. Disruptive behavior in obstetrics: a hidden threat to patient safety. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196:587.
- Chaudhry SI, Olofinboba KA, Krumholz HM. Detection of Errors by Attending Physicians on a General Medicine Service. *J Gen Intern Med*. 2003; 18:595-600.
- Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part I: Event identification and classification. *Semin Perinatol*. 2017; 41(3):151-5.

21. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, PartII: Event analysis and response. *Semin Perinatol.* 2017; 41(3):156-60.
22. Aibar L, Rabanaque J, Mozas J, Puertas A, Aranaz JM, Aibar C. Improving patient safety by detecting obstetric care-related adverse events: application of a new screening guide. *Arch Gynecol Obstet.* 2014 May; 289(5):945-52.
23. Aibar L, Rabanaque J, Mozas J, Aranaz JM, Aibar C. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 291(4):825-30.
24. Murray-Davis B, McDonald H, Cross-Sudworth F, Ahmed R, Simioni J, Dore S, et al. Learning from Adverse Events in Obstetrics: Is a Standardized Computer Tool an Effective Strategy for Root Cause Analysis? *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37(8):728-35.
25. Alluéa N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit.* 2014; 28(1):48-54.
26. Florea A, Caughey SS, Westland J, Berckmans M, Kennelly C, Beach C, et al. The Ottawa Hospital Quality Incident Notification System for Capturing Adverse Events in Obstetrics. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010; 32(7):657-62.
27. Patterson JA, Stuart AE, Ford JB. Use of propensity score methods to address adverse events associated with the storage time of blood in an obstetric population: a comparison of methods. *BMC Res Notes.* 2016; 9:367.
28. November M, Chie L, Weingart SN. Physician-Reported Adverse Events and Medical Errors in Obstetrics and Gynecology. Agency for Healthcare Research and Quality. 2008; 1:1-10.
29. Smith R. Clinical risk management in obstetric practice. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine Home.* 2017; 27(9):277-84.
30. Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML (eds.). *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches.* Vol. 3. Performance and Tools. AHRQ Publication No. 08-0034-3. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2008.
31. Pettker CM, Grobman WA. Obstetric Safety and Quality. *Obstet Gynecol.* 2015; 126:196-206.
32. Lancis-Sepúlveda ML, Asenjo-Arayab C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Rev Calidad Asistencial.* 2014; 29:78-83.
33. Informe Evaluación del marcador POA en el cmbd de altas hospitalarias de la CAPV, 2011- 2012 [monografía en internet]. San Sebastián: Servicio de Registros e Información Sanitaria. Servicio Vasco de Salud; 2013 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado\\_salud/es\\_5463/adjuntos/Informe%20BIS%20marcador%20POA%20Hospitales%20agudos%20osakidetza.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20BIS%20marcador%20POA%20Hospitales%20agudos%20osakidetza.pdf)
34. Del Río Mata J. Sistema de identificación de eventos adversos a partir del conjunto mínimo básico de datos, mediante la incorporación de una readaptación de los marcadores "present on admission" [monografía en internet]. Murcia: Trabajo fin de Master Gestión de Calidad en los servicios de salud. Departamento de Ciencias Sociosanitarias; 2012 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: <https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/JOSE%20DEL%20RIO%20MATA/TFM%20os%C3%A9%20del%20R%C3%ADo%20Mata.pdf>

<sup>1</sup> Cristina Barana Vidal

<sup>2</sup> Rosa Mar Alzuria Alós

## El papel de la matrona en la encefalopatía posterior reversible. A propósito de un caso

<sup>1</sup> Matrona. tenció a la Salut Sexual i Reproductiva Lleida-PUNSU. Lleida.

E-mail: cristinabarana@gmail.com

<sup>2</sup> Matrona. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

Fecha de recepción: 7 de julio 2018.

Fecha de aceptación: 12 de febrero de 2019.

### Cómo citar este artículo:

Barana Vidal C, Alzuria Alós RM. El papel de la matrona en la encefalopatía posterior reversible. A propósito de un caso. *Matronas Hoy* 2020; 8(1):39-42.

### Resumen

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), una enfermedad neurológica aguda, rara y grave, es una entidad clínico-radiológica con afectación predominante, aunque no exclusiva, de la sustancia blanca. Se caracteriza por la aparición de síntomas neurológicos acompañados de alteraciones cerebrales evidenciables mediante pruebas de neuroimagen. Se presenta el caso de una mujer puérpera que desarrolló PRES durante el postparto inmediato, requiriendo tratamiento antihipertensivo e intubación con ingreso en la UCI. Durante el seguimiento se controlaron las cifras tensionales y desaparecieron los hallazgos radiológicos a nivel cerebral.

**Palabras clave:** síndrome de leucoencefalopatía posterior; diagnóstico precoz; atención perinatal; atención de matrona.

### Introducción

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se trata de un síndrome neuro-radiológico caracterizado clínicamente por alteraciones de la consciencia, convulsiones y alteraciones visuales.

Aunque se considera habitualmente una patología reversible, el diagnóstico clínico-radiológico precoz es clave en la prevención de secuelas<sup>1</sup>.

El desarrollo de déficits neurológicos focales durante el puerperio es un suceso raro, aunque de gran envergadura dadas las consecuencias para la nueva familia según el pronóstico<sup>1</sup>.

Se describe a continuación un caso de PRES en el puerperio, sin evidencia de preeclampsia-eclampsia durante la gestación y parto.

### Abstract

*The role of the midwife in posterior reversible encephalopathy: regarding a case*

*Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) is an acute, rare and severe neurological disease; it is a clinical-radiological entity with predominant involvement of white matter, though not exclusive. It is characterized by the development of neurological symptoms together with brain alterations observed through neuroimaging tests. We present here the case of a woman who had just given birth and developed PRES during the immediate postpartum period, requiring antihypertensive treatment and intubation with admission to the ICU. During follow-up, her blood pressure levels were controlled, and the radiological findings at brain level disappeared.*

**Key words:** posterior leucoencefalopathy syndrome; early diagnosis; perinatal care; midwife care.

### Descripción del caso

Mujer gestante de 33 años, sin antecedentes patológicos de interés, excepto que es fumadora habitual. Secundigesta, primípara, con parto eutócico sin complicaciones a los 30 años. Gestación actual sin incidencias.

Ingreso hospitalario por inicio de parto a las 40,3 semanas de gestación. Durante el proceso de parto requiere administración de analgesia peridural, con la complicación de punción dural. Nace niño vivo y sano, de 4,2 kg y Apgar 9-10. A las 48 h postparto fue dada de alta por su favorable evolución.

A los cuatro días postparto regresa a urgencias por cefalea espontánea no traumática. Valoración neurológica dentro de la normalidad (Glasgow 15, pares craneales conservados de forma bilateral, sensibilidad conservada bilateral y si-

métrica, fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, coordinación sin disimetrías, Romberg negativo, reflejos osteotendinosos conservados), evidenciándose la presencia de edema palpebral y partes blandas frontales. La paciente reingresa en la unidad de obstetricia con orientación diagnóstica de cefalea postpunción dural.

Tras unas horas debuta con una crisis hipertensiva acompañada de desorientación, disminución del nivel de consciencia y desviación de la mirada, requiriendo intubación e ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se objetiva también la presencia de edemas y proteinuria, diagnosticándose eclampsia postparto.

Tras su estabilización se traslada a la unidad de nefrología. Debido a la intensa cefalea se realiza una tomografía axial computerizada (TAC), evidenciándose un edema cerebral. Tras el reingreso en la UCI presenta dos episodios de focalidad neurológica en forma de anopsia; se efectúa una nueva TAC, resonancia magnética cerebral (RMN-C) y electroencefalograma (EEG), todos ellos compatibles con PRES.

A los nueve días dada su favorable evolución (sin sintomatología neurológica y cifras tensionales dentro de los parámetros de normalidad), se traslada de nuevo al servicio de nefrología, desde donde es dada de alta a los tres días sin secuelas neurológicas.

## Discusión

Aunque en 1984 Monterio describió un caso de ceguera cortical reversible relacionado con la hipertensión arterial<sup>1,2</sup>, no fue hasta 1996 cuando Hinckey et al.<sup>3</sup> describieron por primera vez el síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible. En el año 2000 pasó a denominarse síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) al evidenciarse no solo la afectación de la sustancia blanca, sino también el posible daño cortical. Sin embargo, todavía hoy puede considerarse el PRES un término impreciso, dada la afectación de otras localizaciones cerebrales e incluso la irreversibilidad de las mismas<sup>4,5</sup>.

La incidencia informada de PRES es de aproximadamente 0,01%<sup>1</sup> y aunque puede ocurrir en cualquier edad, afecta con mayor preponderancia a las mujeres<sup>6</sup>.

Se trata de una patología neurológica grave, de inicio agudo-subagudo, cuya clínica se caracteriza por: cefalea, alteración de la consciencia, convulsiones y alteraciones visuales; la manifestación más habitual es la aparición de crisis epilépticas generalizadas o de inicio focal con generalización secundaria. La confirmación diagnóstica requiere la identificación de lesiones radiológicas patognomónicas de PRES<sup>2,4,7</sup>.

La hipótesis patogénica implica un fracaso en los mecanismos de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral con

una hiperperfusión, vasodilatación pasiva, aumento de la permeabilidad vascular, trasudación del fluido al parénquima cerebral y edema vasogénico reversible sin infarto. La pre-dilección por la circulación posterior (lóbulos occipitales, parte posterior de lóbulos temporales y parietales) está probablemente relacionada con la menor inervación simpática en dicho territorio; así mismo, el predominio de lesiones en la sustancia blanca posiblemente guarda relación con la mayor resistencia del córtex cerebral al edema<sup>4,5</sup>.

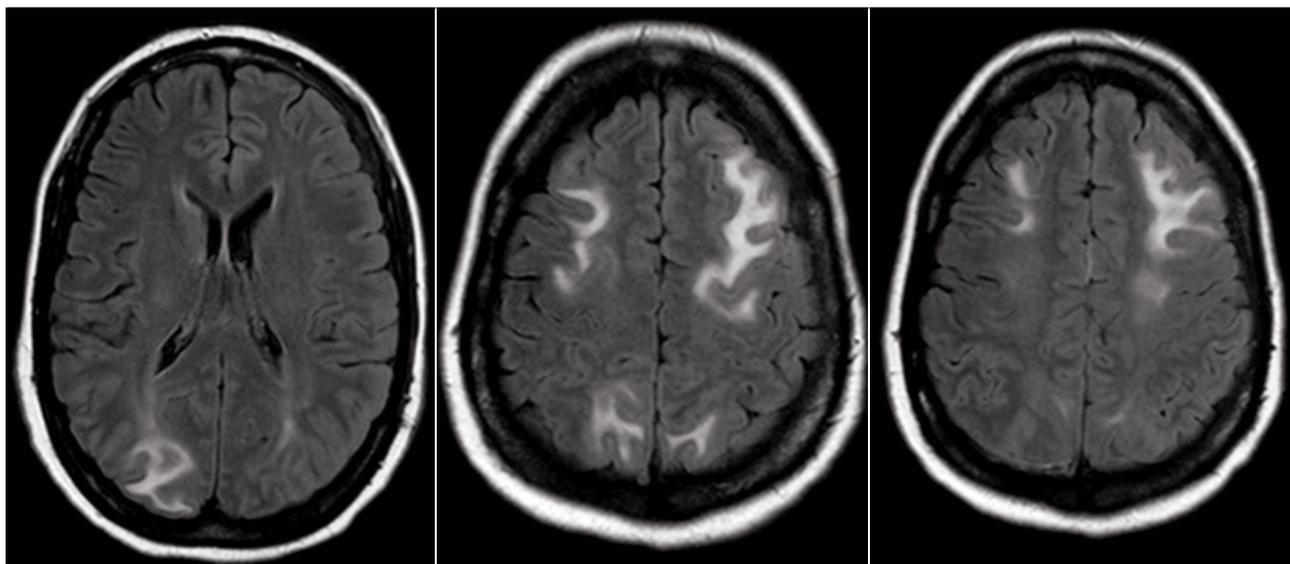
La elevación aguda de la presión arterial se considera el precipitante común en el PRES (observable en el 70-75% de los casos<sup>4</sup>), aunque también puede desarrollarse en su ausencia. La hipertensión, preeclampsia, eclampsia, trasplante de órganos o médula ósea, enfermedades hematológicas, insuficiencia renal, infección, inmunosupresión y tratamiento con citotóxicos se asocian con el PRES<sup>2,4</sup>.

Es crucial establecer un diagnóstico diferencial con ictus, trombosis venosa, leucoencefalopatía multifocal progresiva, gliomatosis cerebral, infecciones del sistema nervioso central, migraña, enfermedades autoinmunes (vasculitis), trastornos metabólicos y linfoma<sup>4,7</sup>.

Durante la gestación y el puerperio, la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome de HELLP son los principales desencadenantes de PRES, debido al incremento de la sensibilidad a los agentes presores, la alteración de la reactividad vascular, la mayor predisposición a la trasudación capilar y el edema secundario. En la mayoría de casos de PRES en obstetricia hay un historial de preeclampsia y el episodio se desarrolla después del parto, habitualmente en las cuatro semanas posteriores<sup>4,8-10</sup>. La preeclampsia puede afectar entre el 5-9% de las gestaciones, siendo más habitual en la raza negra. De estos, el 0,5-3% acaba desarrollando eclampsia. El 30%-50% de los casos de preeclampsia-eclampsia ocurre en el postparto<sup>4,10</sup>, especialmente en las primeras 48 h. Solo el 15% se trata de eclampsia tardía, presentándose la clínica desde las 48 h postparto hasta el mes después del parto. Cuando la causa de PRES es la eclampsia postparto se suelen producir lesiones cerebrales más extensas e incluso suele haber afectación en localizaciones menos habituales como los ganglios basales<sup>4</sup>.

Otro de los factores estudiados relacionados con PRES es la punción dural, mostrando discrepancias entre autores. Mientras Ho y Chan<sup>11</sup> relacionaron la hipotensión intracraneal secundaria a la fuga de líquido cefalorraquídeo con la tracción en los vasos meníngeos causante de un vasoespasmo cerebral, cefalea y alteraciones visuales, otros autores apuntan a la coexistencia independiente entre ambos<sup>2,8</sup>.

Se estima que la cefalea postparto afecta hasta un 39% de las mujeres púerperas, suponiendo la cefalea tensional, la migraña y la preeclampsia más del 70% de los casos. La cefalea postpunción es el diagnóstico diferencial primario en mujeres que han recibido bloqueo neuroaxial durante



Informe: se observa una alteración de señal en la sustancia blanca subcortical frontal y parieto-occipital bilateral y en los hemisferios cerebelosos, sin restricción en difusión, compatible en el contexto clínico con leucoencefalopatía posterior reversible

Imagen 1. Imágenes de RMN

el parto y responde a más del 16% de los casos de cefalea después del mismo. La sintomatología clásica de la cefalea postpunción incluye: dolor de cabeza postural a menudo asociado con náuseas-vómitos, rigidez de nuca, alteraciones auditivas y visuales que pueden incluir fotofobia, visión borrosa y diplopía<sup>2</sup>.

Es crucial la valoración clínica de la cefalea y las alteraciones visuales durante el puerperio, dos de los síntomas más habituales y prodrómicos de PRES (80% y 45% respectivamente).

La detección y tratamiento precoz de PRES determina un mejor pronóstico, pues puede prevenir las devastadoras consecuencias del daño cerebral, la hemorragia y el infarto<sup>1,12</sup>. El diagnóstico es clínico-radiológico, siendo la RMN-C el patrón oro en el diagnóstico diferencial, que debe considerarse en casos de cefalea, anomalías visuales, alteración de la consciencia y aumento de la presión arterial. La TAC, aunque es la prueba de primera elección en trastornos neurológicos agudos para descartar un accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico, puede mostrar lesiones solo en el 50% de los casos de PRES<sup>7</sup>. En general no hay alteraciones típicas en los estudios de laboratorio, excepto en algunos casos que se ha evidenciado trombocitopenia o aumento del lacto deshidrogenasa como signos de daño endotelial<sup>4</sup>. El reconocimiento temprano de los síntomas y el diagnóstico inmediato pueden garantizar un buen pronóstico con resolución completa de los síntomas neurológicos y lesiones cerebrales. Sin embargo, entre el 5-12% de los casos pueden tener daños cerebrales irreversibles como graves déficits neurológicos o incluso la muerte<sup>7</sup>.

Las mujeres púerperas son atendidas en Atención Primaria sobre todo por matronas, independientemente del grado de riesgo gestacional o tipo de parto acontecido. Así pues, el conocimiento de esta entidad patológica, no solo por neurólogos y obstetras, sino también por médicos de familia y matronas es clave en la premura del manejo del síndrome, dada la repercusión en el pronóstico. En el caso presentado, la cefalea fue el síntoma prodrómico, incluso antes del pico hipertensivo y la sintomatología neurológica indicativa de edema cerebral.

El PRES es una entidad rara y muy grave, que puede ser diagnosticada erróneamente con facilidad. Este caso enfatiza la importancia de sospechar de este síndrome en mujeres con síntomas neurológicos durante el postparto, incluso en ausencia de factores desencadenantes.

## Conclusiones

Los profesionales implicados en el seguimiento gestacional y del puerperio han de conocer que el PRES, aunque es una patología rara, puede ser muy grave y, sobre todo, la detección e instauración de terapéutica precoz es determinante en el pronóstico.

## Observaciones para la práctica

La aparición de sintomatología compatible con déficits neurológicos focales durante el postparto exige la rápida valoración que incluya el PRES como diagnóstico diferencial.

El conocimiento de dicho síndrome por los profesionales de Atención Primaria, incluidas las matronas, es clave en el diagnóstico y tratamiento precoz de PRES al considerar las irreversibles consecuencias de la demora del diagnóstico e instauración del tratamiento. Además, al acontecer de forma inesperada en el desarrollo del proceso fisiológico de la gestación y postparto, puede que el diagnóstico diferencial resulte más dificultoso y desafiante.

Las matronas tienen que proporcionar el apoyo emocional necesario a la familia dada la gravedad y las posibles secuelas que dicho síndrome puede ocasionar. Además, conviene minimizar la interrupción de los eventos neuroendocrinos que envuelven el parto, ya que juegan un papel esencial en el desarrollo del vínculo materno-filial<sup>13</sup>. El contacto corporal materno-infantil recomendado hasta el final de la lactancia materna (LM)<sup>14</sup> ha demostrado beneficios en el desarrollo del niño prematuro hasta los 10 años de vida (respuesta más atenuada al estrés, funcionamiento autónomo más maduro, sueño organizado, mejor control cognitivo y relación más recíproca madre-hijo)<sup>15</sup>. Es crucial la promoción del contacto piel con piel prioritariamente con la madre (sobre todo en caso de LM, dada la asociación con la mayor eficacia y duración de la lactancia<sup>14</sup>), padre u otro familiar, así como promover la lactancia materna intensiva tras el reencuentro con la madre para restablecer el nivel de oxitocina cerebral<sup>13</sup> y prevenir posibles alteraciones relacionadas con un apego inseguro, ambivalente o desorganizado y las posibles consecuencias en la salud infantil<sup>13,16</sup>.

## Bibliografía

- Maggi G, Lombana VA, Marcos EA, Ruiz Huerta AD, Arévalo EG, Rodríguez FG. Posterior leukoencephalopathy syndrome: Postpartum focal neurologic deficits: A report of three cases and review of the literature. *Saudi J Anaesth* [internet]. 2013 [citado 8 mar 2020]; 7(2):205-9. Disponible en: <http://europepmc.org/articles/PMC3737703>
- Doherty H, Hameed S, Ahmed I, Russell IF. Post-dural puncture headache and posterior reversible encephalopathy syndrome: A misdiagnosis or co-presentation? *Int J Obs Anesth*. Elsevier Ltd; 2014; 23(3):279-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2014.02.003>
- Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, et al. A reversible posterior Leukoencephalopathy Syndrome. *N Engl J Med*. 1996; 334(8):494-500.
- Castrillo-Sanz A, Mendoza A, Gutiérrez-Ríos R, Zamora MI, Morollón N, Rodríguez-Sanz MF, et al. Encefalopatía posterior reversible en un caso de eclampsia tardía. *Rev Neurol* [internet]. 2013 [citado 8 mar 2020]; 57(3):112-6. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=J&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed11&AN=2013488177&nhttps://maastrichtuniversity.on.worldcat.org/atoztitles/link?sid=OVID:embase&tid=pmid&tid=doi&tiissn=0210-0010&tiisbn=&tiivolume=57&tiissue=3&tiispaige=112&tiipages=112-116&tiidate=20>
- Junewar V, Verma R, Sankhwar PL, Garg RK, Singh MK, Malhotra HS, et al. Neuroimaging features and predictors of outcome in eclamptic encephalopathy: A prospective observational study. *Am J Neuroradiol*. 2014; 35(9):1728-34.
- Rijal JP, Giri S, Dawadi S, Dahal K V. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in a patient with late postpartum eclampsia. *BMJ Case Rep* [internet]. 2014 [citado 8 mar 2020]. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bcr-2013-203162>
- Cozzolino M, Bianchi C, Mariani G, Marchi L, Fambrini M, Mecacci F. Therapy and differential diagnosis of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) during pregnancy and postpartum. *Arch Gynecol Obs*. Springer Berlin Heidelberg 2015; 292(6):1217-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-015-3800-4>
- Hammad T, DeDent A, Algahtani R, Alastal Y, Elmer L, Medhkour A, et al. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome Secondary to CSF Leak and Intracranial Hypotension: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Neurol Med*. Hindawi Publishing Corporation [internet] 2015 [citado 8 mar 2020]; 2015:1-5. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crim/2015/538523/>
- Hossain N, Khan N, Panhwar N, Noureen S. Clinical spectrum of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) in patients with eclampsia. *Pak J Med Sci*. 2015; 31(5):1121-3.
- Bo Q-Y, Zhao X-H, Yang X, Wang S-J. Reversible posterior encephalopathy syndrome associated with late onset postpartum eclampsia: A case report. *Exp Ther Med*. 2016; 12(3):1885-8.
- Ho CM, Chan KH. Posterior reversible encephalopathy syndrome with vasospasm in a postpartum woman after postdural puncture headache following spinal anesthesia. *Anesth Analg*. 2007; 105(3):770-2.
- Fonseca J, Oliveira K, Cordeiro M, Real MV. Síndrome de encefalopatía posterior reversible: a propósito de un caso clínico. *Neurología*. Sociedad Española de Neurología; 2016; 10-1.
- Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sánchez A, García-Segura LM, Arévalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocr*. 2014; 35(4):459-72.
- Moore E, Bergman N, Anderson G, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; (11).
- Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry*. Elsevier 2014; 75(1):56-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>
- Rossen L, Hutchinson D, Wilson J, Burns L, Allsop S, Elliot EJ, et al. Maternal bonding through pregnancy and postnatal: Findings from an Australian longitudinal study. *Am J Perinatol*. 2017; 34(8):808-17.



enferteca  
Grupo Paradigma

## La Gran Biblioteca de Enfermería online

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



App disponible para  
iOS y Android

 grupoparadigma



## ECHANDO LA VISTA ATRÁS



### Decálogo de la Buena Matrona

Hoy nos remontamos a más de tres lustros, exactamente 32 años, cuando la Asociación Española de Matronas llevaba los primeros 10 años de andadura, excepcionalmente fatigosos por la necesidad de tener que hacerse un nombre ante la Administraciones en representación de la profesión, cuando les tocó vivir algunos de los más duros varapalos que la han vapuleado, como la pérdida del colegio profesional, asumiendo la inacción de la justicia que no ejecutó la sentencia que lo devolvía a las matronas y el cierre de

las escuelas de matronas. A pesar de que el duelo "iba por dentro" nunca fue óbice para el desaliento de aquellas matronas que iniciaron con generosidad, valentía y mucho acierto la misión de defender a las matronas españolas donde quiera que hiciera falta y trabajar para engrandecer esta profesión. Con espíritu decidido, mucho tesón e incuantificable generosidad, entre las muchas e importantes actividades que llevaban a cabo, tuvieron la idea de crear un decálogo para matronas. Sí, "DECÁLOGO", palabra que etimológicamente deriva del griego "dekálogos" y es suma de dos partes: "deka", sinónimo de diez y "logos", palabra.

Todas aquellas matronas fundadoras ya tenían un recorrido profesional en tiempo y experiencia, y no habían perdido pasión por la profesión porque eran matronas vocacionales y acaso, por estar sufriendo las injusticias presentes y las que auguraban venideras, se les incrementó su sentimiento de identidad profesional, se agrandó su sentimiento de pertenencia y como una locomotora todo ello les impulsaba a una actividad impararable.

Creyeron, entre un sinfín de actividades que venían desarrollando, que era oportuno establecer un marco de fundamentos éticos para la práctica de la profesión de matronas; años más tarde también la Asociación Española de Matronas (AEM) redactaría el Código de las Matronas Españolas con la amplitud y profundidad que requiere un documento principal de una profesión. Decididamente este proyecto sería un compendio de normas o pautas de actuación, cuyo respeto resultara esencial para llevar a cabo dignamente nuestra actividad y reflejara inequívocamente nuestra identidad. Y manos a la obra se pusieron a concretar los 10 puntos, "deka", con las palabras "logos" que lograran concluir y rematar el proyecto.

Como relato, son 32 años los que han pasado por estos pensamientos que con pleno acierto redactó finalmente M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, cofundadora, presidenta durante más de 30 años y "alma mater" de esta asociación. Lo sorprendente es que siguen de plena actualidad, algo que hoy en día resulta increíble porque todo parece sujeto



1ª Edición (1988)



a la obsolescencia vertiginosa, cuando no programada. En este caso, este texto no solo ha aguantado el paso del tiempo, sino que pareciera recién salido de un intelecto certero e instruido del momento, ya que al contrario que los vaivenes de las modas a las que tan acostumbrados estamos, estas reflexiones son verdaderos axiomas y perduran inamovibles con toda la frescura y acierto. En todos estos años solo han sufrido un cambio, y nada más que de grafismo

para darle un toque más atractivo y evitar que el aspecto clásico de la presentación primera sirviera para descartarlo sin haberlo leído por parte de quienes circunscriben el mundo al momento de iniciarse su existencia poco más o menos. Con otros colores, otra presentación, el fondo es lo que cuenta y desde esta tribuna quisiéramos hacérselo llegar a muchos profesionales que, por cosas del destino, lo desconocen.

## Decálogo de la Buena Matrona



**1** Respetar a cada mujer independientemente de actitudes, credos, posición social y etnia.



**2** No consideres a una mujer gestante como una enferma. Sabes que el embarazo y el parto no son procesos patológicos, salvo un porcentaje muy bajo.



**3** No olvides nunca que entre lo bueno y lo excelente hay mucha distancia.



**4** Evita cualquier procedimiento innecesario o de conveniencia de cualquiera y no de la mujer.



**5** No escatimes en gestos amables y en dar la información necesaria porque establecer una buena comunicación es tan importante como utilizar las técnicas o tratamientos adecuados.



**6** No mantengas posiciones inamovibles con ciertos criterios porque el tiempo y la evidencia científica te los cambian.



**7** No actúes de manera rutinaria; cada mujer es única.



**8** Como matrona competente, no admitas que te consideren "matrona eficiente de noche/matrona obediente de día".



**9** Sé humilde; siempre queda algo por aprender y muchas veces está muy cerca quien te lo puede enseñar.



**10** Desde que recibas a una mujer hasta que te despidas de ella, en todo lo que hagas o digas, ponte siempre en su lugar.

# AVISO IMPORTANTÍSIMO

## XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Considerando la situación en España frente a la epidemia del coronavirus COVID-19, que sigue multiplicando el número de personas infectadas, la AEM ha valorado las circunstancias posibles que tendríamos en el mes de junio para la celebración del XX Congreso Nacional de Matronas.

El escenario más optimista sería que se consiga el control de la epidemia y disminuya el número de afectados a mínimos, pero sin erradicar totalmente.

Otro escenario posible y no deseable sería que continúe la línea de incremento de casos.

En cualquiera de las dos situaciones, y con toda certeza, continuarán las restricciones de permisos para asistencia a cursos y congresos para todos los profesionales de la salud. Naturalmente, esto ocasionaría la imposibilidad de asistencia para las matronas ya inscritas y la incertidumbre para las que están pendientes de formalizar su inscripción.

Ante este grave problema de salud pública el Comité Organizador, el Comité Científico y la Comisión Permanente de la Asociación Española de Matronas, por responsabilidad y cautela, hemos acordado:

**POSTPONER LAS FECHAS PREVISTAS PARA LA CELEBRACIÓN DEL XX CONGRESO NACIONAL Y TRASLADARLO A LOS DÍAS 22, 23 y 24 DE OCTUBRE DE 2020 EN LA MISMA SEDE: COMPLEJO SAN JUAN DE ALICANTE.**

**Es el Año de las Matronas y el mejor escenario de celebración es el XX Congreso Nacional de Matronas**



### NOTA SOBRE FECHAS CLAVE:

- 1.- Se prolongan las fechas para los precios de inscripción temprana hasta el día 30/06/2020.
- 2.- Se aceptarán los resúmenes de comunicaciones (orales/pósteres) hasta el día 30/06/2020.

# AGENDA

## Posposición del XX Congreso Nacional de Matronas por el COVID-19



### AVISO IMPORTANTÍSIMO

Considerando la situación en España frente a la epidemia del coronavirus COVID-19 que sigue multiplicando el número de personas infectadas, la Asociación Española de Matronas (AEM) ha valorado las circunstancias posibles que tendríamos en el mes de junio para la celebración del XX Congreso Nacional de Matronas.

El escenario más optimista sería que se consiga el control de la epidemia y disminuya el número de afectados a mínimos, pero sin erradicar totalmente.

Otro escenario posible, y no deseable, sería que continúe la línea de incremento de casos.

En cualquiera de las dos situaciones, y con toda certeza, proseguirán las restricciones de permisos para asistencia a cursos y congresos para todos los profesionales de la salud. Naturalmente esto ocasionaría la imposibilidad

de asistencia para las matronas ya inscritas y la incertidumbre para las que están pendientes de formalizar su inscripción.

Ante este grave problema de salud pública el Comité Organizador, el Comité Científico y la Comisión Permanente de la AEM, por responsabilidad y cautela, ha acordado:

**POSPONER LAS FECHAS PREVISTAS PARA LA CELEBRACIÓN DEL XX CONGRESO NACIONAL Y TRASLADARLO A LOS DÍAS 22, 23 y 24 DE OCTUBRE DE 2020 EN LA MISMA SEDE: COMPLEJO SAN JUAN DE ALICANTE**

Es el Año de las Matronas y el mejor escenario de celebración es el XX Congreso Nacional de Matronas

## LA AEM frente a la pandemia COVID-19

En el momento de redactar esta nota la situación de España frente al COVID-19 está en un escenario de "contención con refuerzo". Todos los profesionales sanitarios nos vemos especialmente implicados en el esfuerzo de contener este virus que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha declarado como pandemia. Antes de este avance, y en ese intento por parte de las autoridades sanitarias, la Asociación Española de Matronas (AEM) ha sido requerida por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad para la elaboración del Documento técnico sobre manejo clínico del COVID-19 en la mujer embarazada y el neonato con el resto de sociedades científicas del ramo: Sociedad Española de Neonatología, Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR),

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y Sociedad Española de Enfermería Neonatal.

La AEM por su parte elaboró su propio informe junto con unas infografías de manejo general para los sanitarios, y específicamente para el área obstétrica, que trasladó al CCAES para la elaboración del documento definitivo, que a su vez contará con los representantes de los colegios profesionales de medicina y enfermería como revisores de los documentos.

Por su parte, el Consejo General de Enfermería también ha previsto la conformación de un grupo de expertos enfermeros en el que participa la AEM para abordar de forma urgente y específica aquellas acciones que desde el grupo se consideren prioritarias a trasladar a todo el colectivo enfermero.



Trabajo de la AEM para el grupo de expertos del Ministerio de Sanidad en relación con el Protocolo de actuación con la Gestante ante el Covid-19 Gestante

## Campaña "Porque él bebe lo que tú bebes"

La Asociación Española de Matronas (AEM) y Cerveceros de España han lanzado la campaña "Porque él bebe lo que tú bebes", una iniciativa de concienciación dirigida a mujeres que se encuentran en periodo de gestación o lactancia, donde se les recuerda que el consumo de alcohol en cualquiera de estas dos etapas puede suponer un grave peligro para la salud del feto o el recién nacido.

Esta campaña se marca dentro de una realidad en la que vive la población española. Y es que, si bien parece que todas las personas conocen los riesgos de consumir alcohol durante el embarazo, según un estudio en España el 42% de las mujeres reconoce haberlo consumido durante la gestación en un contexto social. Además, solo entre el 2% y el 3% es consciente de que una sola copa, puede ser perjudicial. Pero los riesgos no solo existen durante el periodo prenatal, la lactancia sigue siendo parte fundamental en el desarrollo del niño y, sin embargo, algunas mujeres no dan la suficiente importancia a esta etapa y no son conscientes de que, a través de la leche materna, transmiten todo

lo que consumen al bebé. Por ello, concienciar a estas madres sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol durante el proceso sigue siendo primordial.

En este sentido, una de las acciones que ha puesto en marcha AEM y Cerveceros de España ha sido un taller práctico dirigido a este sector de la población. De la mano de una matrona de la AEM, Charo Sánchez Garzón y Andrea Calderón, dietista-nutricionista de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), las mujeres asistentes han aprendido pautas de nutrición saludables y equilibradas para una correcta alimentación, tanto para ellas como para sus hijos. En esta ocasión la campaña ha incluido también en su dinámica la participación de una *influencer* que ha ofrecido su perspectiva de la maternidad en primera persona y ha recordado la importancia de cuidarse al 100%, tanto en un periodo como en el otro y cuya credibilidad e influencia en redes sociales auguran a los organizadores pueda llegar a convertirse en un prescriptor interesante para esta campaña.



De izquierda a dcha. Charo Sánchez (AEM), Isabel Cuesta, *influencer*, y Andrea Calderón, dietista-nutricionista (SEDCA)

# Agenda | Campaña "Porque él bebe lo que tú bebes"

Durante el encuentro también se ha proyectado un vídeo donde se ha explicado detalladamente el amplio abanico de riesgos que puede conllevar para el niño dicho consumo de alcohol.

## Asociación Española de Matronas:

*Entidad sin ánimo de lucro que entre sus fines destaca representar a todas la matronas de España ante las instituciones, promover programas de formación continuada que garanticen la actualización permanente de las matronas y la investigación en el campo de actuación propio de la profesión, desarrollar proyectos educativos para la salud dirigidos a mujeres, jóvenes y sociedad en general, así como fomentar la participación de las mujeres en pro de su salud y la de su familia, y, por último, trabajar con las administraciones en programas y cartera de servicios referentes a la salud reproductiva.*

## Cerveceros de España:

*Es la entidad que representa en España desde 1922 al conjunto del sector cervecero y supone la práctica totalidad de la producción de cerveza en España. Esta asociación fue fundada por las compañías cerveceras tradicionales que comercializan en nuestro país las principales marcas, a las que se están sumando nue-*

*vas compañías cerveceras distribuidas por todo el territorio nacional.*

## Radio Aragón con la Campaña "Porque él bebe lo que tú bebes"

A raíz de esta presentación Radio Aragón solicitó una entrevista a la Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Rosa María Plata, y dedicó un espacio en su magazín matinal "Despierta Aragón" a publicitar esta campaña.

El director y presentador del programa, Paco Doblás, profesional veterano del medio radiofónico manejó con acierto una entrevista atinada para trasladar a la población en general y en especial a las mujeres que van a ser o son lactantes el problema del uso de alcohol recabando información profesional, como la de las matronas que atienden a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y más cerca están de las mujeres en el periodo de gestación y lactancia.

La AEM, impulsora de esta campaña, se ha sentido especialmente satisfecha por este espacio que sin duda cumple la premisa del deber de la radio de informar e intentar transformar mediante la información veraz, en este caso conductas nocivas, mediante la información rigurosa y profesional.



Imágenes de la asistencia al acto. Elaboraciones de la *cooking-class* para degustación de los asistentes

## Relevo en la Comisión Nacional de Matronas

Desde esta revista despedimos con infinito cariño y gratitud a Dña. Carmen Molinero Fraguas, matrona, licenciada en Antropología Social y Cultural, doctora en Ciencias de la Salud de la U. Complutense de Madrid, que hasta el reciente enero ha venido ostentando el cargo de Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matronas, en el que ha cesado con motivo de su jubilación pasando el relevo a Rosa Mª Plata Quintanilla, actual presidenta de la AEM.

Su relación con la Comisión Nacional ha sido larga y fructífera, ya que se integró en la misma desde el momento de su creación bajo la presidencia de Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, entonces presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM). Este grupo inicial de matronas tuvieron la importante tarea de elaborar en tiempo récord el Programa Formativo para el inicio de la Especialidad de Matronas

al cierre de las escuelas de matronas en 1987. La urgencia de la tarea para estas profesionales estaba más que justificada porque, como preveían, la falta de desarrollo del decreto sobre especialidades de enfermería se saldaría con un déficit de matronas en los años siguientes, como así sucedió: no se formó ninguna matrona entre los años 1987-1992 en que se inició la nueva formación de matronas con el plan formativo que diseñaron aunque de forma provisional porque no tuvo carácter oficial hasta su publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) en 2009. Por otra parte, esta negligencia de la Administración española supuso la condena del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, a los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia de España por incumplir la normativa europea sobre "el acceso a las actividades de matrona y el ejercicio de las mismas".



Carmen Molinero en el XIX Congreso Nacional de la AEM

## La AEM apoya a las matronas de Madrid por una bolsa de empleo específica

Un activo grupo de matronas eventuales se han organizado para que la Administración Sanitaria del SERMAS atienda su petición de crear una bolsa única de empleo para matronas en la Comunidad de Madrid y desestime la actual bolsa "preferente" que está en funcionamiento desde la última OPE. Ante la desidia de los sindicatos del sector, salvo CSIT que cuando menos escuchó su petición y de la propia Administración, recurrieron a la AEM en busca de una solución.

Por su parte, la AEM, y a pesar de no tener competencias en la mediación y resolución de conflictos laborales, hizo suyo este problema y de inmediato mandó cartas al Consejero de Sanidad de Madrid, a la Directora de Recursos Humanos de la comunidad y a los sindicatos de la mesa sectorial en un tono tan duro como justifica la indolencia de la Administración y los sindicatos que sistemáticamente incumplen sus obligaciones y promesas. Desde la Asociación Española de Matronas (AEM) se solicita a los respectivos que con carácter de urgencia se firme un pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad entre la administración sanitaria de Madrid SERMAS y las organizaciones sindicales para la creación de una bolsa única y específica para el personal estatutario temporal del Servicio Madrileño de Salud para la categoría de

matronas (Enf. especialistas en asistencia obstétrica-ginecológica) como hicieron en su día con los enfermeros generalistas y recientemente con los especialistas de Enfermería del trabajo.

De momento en una reunión de la mesa sectorial convocada con carácter de urgencia el 27 de febrero, el tema se puso sobre la mesa. Se cree que es un buen comienzo aunque lamentablemente las circunstancias sanitarias actuales justificaran una demora que, al menos desde la AEM, no se consentirá que se convierta en un olvido.

En este momento, como en todos, debiera imperar la lógica y el sentido común, y estos, a la AEM como a todos, impone librar la batalla contra el COVID-19 de forma prioritaria. Habrá que esperar la calma para retomar este asunto que, por cierto, en estos momentos podría verse al "desnudo" y sufrir las consecuencias, si como se prevé se necesitaran refuerzos para la asistencia y la Administración no dispone de una bolsa de matronas para ello. Eso es lo que puede suceder, además de la conculcación de derechos de las matronas en paro y el agravio comparativo con enfermeros generalistas y especialistas de Enfermería del trabajo, cuando las cosas no se hacen bien ni a tiempo.

## La AEM con el Día Internacional de la Matrona, 5 de mayo

Como cada año la Confederación Internacional de Matronas lanza un lema de campaña que este año 2020 se basa en el lema del Año internacional de la matrona 2020: "Celebrar. Demostrar. Movilizar. Unir". Para el DIM 2020, la Confederación (ICM) hace mayor hincapié en la forma en la que las matronas y las mujeres pueden colaborar para movilizarse y unirse hacia el objetivo común de la igualdad de género. Las matronas trabajamos con las mujeres a diario, colaborando en sus cuidados durante el proceso de embarazo, parto

y puerperio. Las matronas y las mujeres estamos ante una oportunidad única para conocernos mejor las unas a las otras y establecer relaciones de reciprocidad y confianza durante el embarazo, el parto y el puerperio. A través de estas relaciones, las matronas se convierten en miembros de confianza dentro de las familias y las comunidades. Tenemos que impulsar esta alianza. Las mujeres y las matronas han de unirse para exigir acciones políticas en favor de un mundo con igualdad de género.

Las matronas desempeñamos una función crucial en el movimiento de la igualdad de género: día tras día en todo el mundo, las matronas defienden los derechos de las mujeres a una asistencia de calidad dirigida por matronas durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Somos la profesión feminista por excelencia. Las matronas utilizamos nuestra voz para participar en debates comunitarios sobre la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil, la contracepción y los derechos y la salud sexual y reproductiva. Podemos desempeñar y, de hecho, desempeñamos una función activa para impulsar el avance hacia la igualdad de género en sus comunidades y países. Las matronas de todo el mundo estamos con las mujeres. Estamos a su lado durante sus momentos más vulnerables y luchamos a diario para que se reconozca su derecho a elegir un parto natural bajo el cuidado de una matrona.

Pero no podemos librar esta batalla solas. En muchos países y comunidades, las matronas han perdido su poder como colectivo y se enfrentan a los mismos desafíos habituales. Tenemos que aprovechar el poder y el impulso del movimiento de las mujeres y, con una

sola voz, exigir acciones políticas. La ICM representa a un millón de matronas. Si cada una de nosotras se alia con una mujer para promover nuestra causa, podríamos alzar las voces de más de dos millones de mujeres con el mismo mensaje. Si todas nuestras asociaciones miembro se aliasen con grupos de mujeres de nuestras comunidades, ¿se imaginan lo lejos que podría llegar nuestro mensaje? Las matronas y las mujeres pueden ser aliadas en el movimiento de género global. Juntas podemos atraer la atención hacia los problemas a los que se enfrentan las mujeres. Juntas podemos exigir cambios en pro de un mundo con igualdad de género donde se salvaguarden y respeten todos nuestros derechos. El Día Internacional de la Matrona 2020, la ICM hace un llamamiento a las matronas para que se conviertan en embajadoras de la igualdad de género en sus comunidades y para que estrechen sus lazos con las mujeres como protectoras y defensoras de los derechos de la mujer. Es hora de pasar a la acción en el ámbito mundial para abolir la falta de remuneración, el menosprecio, el acoso y la discriminación que aún siguen sufriendo muchas mujeres.

## OBJETIVOS DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA MATRONA (DIM)

**Informar** a todas las personas interesadas o vinculadas al ámbito de la salud y la justicia de que las matronas son fundamentales para reducir la morbilidad materna y neonatal.

**Celebrar** los logros de las matronas y su aportación para mejorar los resultados en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.

**Motivar** a los responsables políticos para que apliquen cambios presionando para conseguir unos recursos de partería adecuados y el reconocimiento de la exclusiva función profesional que desempeñan las matronas.

## CURSOS PROGRAMADOS DE FORMACIÓN CONTINUADA

### CURSO DE ECOGRAFÍA BÁSICA PARA MATRONAS

Fecha definitiva: 11 de mayo 2020

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

### CURSO DE RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Fecha definitiva: 12, 13 y 14 de mayo 2020

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

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

(día 14) mañana de 9:00 a 12:30 h

## **CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO**

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

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

## **ACTUALIZACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA PARA MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

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

Horarios: mañanas de 9:00 a 14:00 h

### **Cursos pendientes de programación en calendario:**

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

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

**NUEVOS**

## Másteres y Expertos de Enfermería con Acreditación ECTS

### MÁSTER EN CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 1.500 horas

**60 ECTS**



UCAM  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE MURCIA

### MÁSTER EN ENFERMERÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 1.500 horas

**60 ECTS**



UCAM  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE MURCIA

### EXPERTO EN CÁNCER Y CUIDADOS ENFERMEROS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 650 horas

**26 ECTS**



UCAM  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE MURCIA

### EXPERTO EN CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 900 horas

**36 ECTS**



UCAM  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE MURCIA



aulaDAE  
Grupo Paradigma

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