



SUMARIO

Editorial

Originales

- Diseño mixto para el análisis de las motivaciones de mujeres y profesionales para la implementación de una casa de partos
- Endometritis puerperal tardía: a propósito de un caso
- Consulta de matrona de suelo pélvico: avanzando en el desarrollo de competencias
- Auscultación fetal: aceptación, expectativas diagnósticas y desarrollo de los estetoscopios obstétricos

Revisiones

Aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, relacionado con la falta de educación sexual

Echando la vista atrás

Condena al Reino de España por incumplimiento de la Directiva 80/155 en el caso de la formación de Matronas

Entrevista

Juan Miguel Martínez Galiano

Agenda

- Reclamación de la AEM a la Ministra de Sanidad, Presidentes y Consejeros Autonómicos por la recalificación prioritaria de las Matronas a la categoría funcional A1
- Colaboración AEM-Comisión Europea para el mapeo y la evaluación de la evolución de la profesión de Matrona en Europa



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/ Bernardino Obregón, 30. 28012 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge** **EBSCO**

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

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 12 - nº 1 abril-agosto 2024

Editorial

4

Originales

Diseño mixto para el análisis de las motivaciones de mujeres y profesionales para la implementación de una casa de partos	6
Carmen Jorrín Bengoechea, Marta Pérez González, Julia Mínguez Sánchez, Celia Valderrama Álvarez, Alba González Fernández	
Endometritis puerperal tardía: a propósito de un caso	25
Ana Fernández García, Elena Fernández García, Leticia Lledó Gómez, María Rives Molina	
Consulta de matrona de suelo pélvico: avanzando en el desarrollo de competencias	36
Rebeca Sanz-Díaz, Eva M ^a Rivas-Moreno	

Revisiones

Aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, relacionado con la falta de educación sexual	46
Leticia Lledó Gómez, Ana Fernández García	

Originales

Auscultación fetal: aceptación, expectativas diagnósticas y desarrollo de los estetoscopios obstétricos	55
Rosa M ^a Plata Quintanilla, Elena Fernández García	

Echando la vista atrás

Condena al Reino de España por incumplimiento de la Directiva 80/155 en el caso de la formación de Matronas ...	69
Rosa M ^a Plata Quintanilla	

Entrevista

Juan Miguel Martínez Galiano	73
------------------------------------	----

Agenda

Reclamación de la AEM a la Ministra de Sanidad, Presidentes y Consejeros Autonómicos por la recalificación prioritaria de las Matronas a la categoría funcional A1	80
Colaboración AEM-Comisión Europea para el mapeo y la evaluación de la evolución de la profesión de Matrona en Europa	84

Editorial

Ni mala palabra ni obra buena

El triunfalismo de las enfermeras catalanas y su Conseller de Sanidad tras la reunión mantenida con la nueva Ministra de esta área para tratar, entre otras mejoras organizativas y laborales, la recalificación de la Enfermería a Categoría A1, me ha traído a la mente, y eso que no quiero ser agorera, el refrán que dice "ni mala palabra ni obra buena". Que quede claro que la huelga de la Enfermería catalana fue en protesta por el tercer convenio del Institut Català de la Salut (ICS), pactado entre el departamento de Salud y los sindicatos Metges de Catalunya, CC.OO., UGT y SATSE, no contra el Ministerio de Sanidad de España directamente.

Es cierto que ahora la Enfermería catalana, reclamando un lícito derecho como es la categoría A1, al igual que la del resto de España lo viene haciendo desde hace tiempo, se plantó delante del Ministerio de Sanidad del Reino de España. La imagen ruidosa del colectivo frente al Ministerio y el aval de Cataluña, que hoy en este país tiene sus connotaciones particulares, les ha abierto la puerta de esta institución, y seguro que en un clima de lo más receptivo por parte de la nueva Ministra, han oído de su boca lo que necesitaban oír: que van a "arreglar" todas las cosas que vergonzantemente tienen pendientes desde hace décadas este Ministerio, como heredero de la inacción irresponsable de sus respectivos máximos representantes precedentes.

Las enfermeras catalanas, tras el encuentro, han quedado expectantes, aunque depusieron su actitud huelguista, y su consejero Balcells ha conseguido un respiro después de mes y medio de parón en la sanidad catalana por el desafío de las enfermeras.

Sería un "suicidio político" por parte de la Ministra negar las razones irrefutables que toda la Enfermería española esgrimimos para esta petición, las que por añadidura señalan la indolencia del Ministerio de Sanidad (y otros); esa dejadez y desconsideración que viene traduciendo en un mal trato sistemático a la profesión enfermera, la profesión que justamente las Administraciones elevaron a categoría de heroica cuando la situación mortal asoló el país, sin que antes ni inmediatamente después se ocuparan, ni siquiera con las lecciones expresas aprendidas por la COVID, en reforzarla. Porque no olvidemos que la Sanidad es un pilar del Estado y dentro de esta, la mayor fuerza laboral, y sin la que esta no funcionaría, es la Enfermería, que requiere atención y justicia urgentes.

Que los médicos son importantes e imprescindibles en el organigrama sanitario nadie lo pone en duda, pero tam-

poco es admisible que estos y/u otros pongan en duda, o cuando menos en entredicho, el peso de la Enfermería. Desde dentro del entorno sanitario sabemos de la asunción cuasi omnipotente de los médicos en la organización de su propia profesión y las de todos los demás sanitarios que señalan como sus subordinados, no complementarios, e inferiores, no diferentes; también sabemos cómo a través de los mecanismos institucionales más diversos, los médicos consiguen que sus interpretaciones (e imposiciones) sean consideradas como verdades, a la vez que mantienen su estatus de poder dentro del contexto sanitario e incluso todavía, aunque menos, social. Si se llega a la recalificación A1 para las enfermeras habrá que poner al cuerpo médico una estrella, o mejor una aureola, distintivo que haga bien visible su diferencia, y ¡ni hablar de compartir "escalafón" con el resto de graduados! Ya lo han anunciado, esa es su solidaridad, su justicia y siempre su autoestima en el grupo multidisciplinar que conformamos todos.

Pero bueno, al margen de este inciso, es curioso que para todas las peticiones la Ministra tuvo un sí y luego un condicional; hablaron de oferta de formación sanitaria especializada, desarrollo y efecto de las especialidades a lo que la titular añadió la coletilla de que *"necesitan conocer la situación actual del sistema y estudiar las necesidades de especialistas para los próximos años para saber las plazas de enfermeras especialistas que deben salir para cubrir estas necesidades"*.

No sé si la respuesta habríamos de encajarla en la sección "balones fuera" o de "cosas ignoradas" por la Ministra, porque lo cierto es que, año tras año, cada Comisión de Especialidades Enfermeras emite un informe sobre las necesidades de cada una de ellas y que a la vista de los resultados, y bien alto lo podemos decir las Matronas, tampoco ha servido a los anteriores para encauzar la situación insostenible de falta de efectivos, sobre todo en nuestra especialidad. Y de las competencias ni hablamos, que salvo las de Matrona que están especificadas incluso por Directivas europeas y sobre las que permanentemente las Administraciones están permitiendo intrusismo, del resto ni se contemplan.

Respecto a la prescripción enfermera, tampoco es para perderse el añadido de la Ministra: *"quieren trabajar para modificar la actual ley de 'prescripción enfermera' para caminar hacia una prescripción real, no un sistema que sigue limitando esta competencia a la aprobación por parte de los médicos. Apuestan por incluir a las enfer-*

meras como profesionales prescriptores dentro de la Ley del Medicamento y trabajar juntamente con las universidades para adecuar el plan formativo". Tampoco se ha enterado la Sra. García de que los enfermeros tenemos conocimientos suficientes sobre farmacología para prescribir dentro de nuestra parcela de actuación (14 ECTS) y las matronas, dentro del 26% de la teoría de sus 3.600 horas de formación como especialistas, añaden además otros tantos créditos en su formación en Farmacología, Nutrición y Dietética, específicamente en el área sexual y reproductiva de la mujer, que es el área de nuestra competencia. Frente a esto, los médicos tienen 14 ECTS, los podólogos 9, los odontólogos 7, etc.

Esto me recuerda a "la maniobra de entretenimiento" del Ministerio de Trabajo, que prometió contemplar la jubilación anticipada para la Enfermería, pero era necesario previamente estudiar el grado de penosidad para poder acceder a una, cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ya concluyó en que enfermeras y enfermeros pierden cinco años de vida por cada 15 años de trabajo en turno de noche. Tampoco le sirve al ministro el dictamen de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableció, en función de estudios científicos realizados, una clara relación entre el trabajo nocturno y el desarrollo de tumores y cánceres, de mama en el caso de las mujeres y de próstata en el hombre, así como un mayor número de abortos espontáneos y partos prematuros en las mujeres embarazadas.

Más recientemente (2023), la OCDE ha afirmado la relevancia de la penosidad y peligrosidad laboral que conlleva la profesión enfermera, eminentemente femenina, lo que hace pensar en que esta condición de género, en un país a cuyos dirigentes se les llena la boca buscando la igualdad, no haya sido advertida como la causa de la desatención. Lo cierto es que España ha hecho oídos sordos a todas estas autoridades mundiales de la esfera laboral y sanitaria, y sigue dando largas, como de habitual. De poco nos sirve a los afectados que el Ministerio haya quedado en evidencia, una vez más, ahora ante la OCDE, no atendiendo la jubilación anticipada y voluntaria de las enfermeras y los enfermeros, que es bien merecida por muchas razones ya investigadas, y cuya negativa, además, crea un agravio comparativo con otros empleados públicos.

Volviendo a la reunión ministerial, si no fueran suficientes todos los "peros" añadidos por la Ministra, hay que sumar a estos los de los Consejeros autonómicos, también responsables de muchas, si no de todas estas situaciones. A pie de calle, a la entrada a la Reunión del Consejo Interterritorial, la Ministra era preguntada por el particular: "estamos trabajando en el Estatuto Marco, como saben, no solo depende de este Ministerio, sino del de Función Pública", el Consejero de Andalucía afirmaba: "estamos de acuerdo con el presupuesto financiado por el Ministerio de Sanidad"; por su parte, el Consejero de Murcia explicaba: "eso conlleva, puesto que es responsabilidad estatal, la financiación". En el mismo sentido, el Consejero de la Comunitat Valenciana afirmaba: "reclasificación sí, financiación también, necesaria e imprescindible, si no, no se puede hacer" y directamente la Sra. Mazón, Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, afinaba aún más: "No creo que para este año, sobre todo presupuestariamente, se pueda abordar, puesto que los presupuestos ya están cerrados y aprobados".

¡Caramba, y los españolitos de a pie sin poder obtener un aplazamiento de la Hacienda Pública ante una cuenta bancaria agotada en pagar comida y casa para sí y/o la familia!

Total, que habrá que esperar... ¡más! A que nos den solución a esta lícita demanda que no es de ahora, sino que viene arrastrada por años; a ver si entre tanto no se nos agota a la Enfermería la paciencia ante el ninguneo, el desprecio, el maltrato y el incumplimiento de las obligaciones de los Ministerios y las Administraciones autonómicas, todos implicados.

El siguiente movimiento "de ficha" será la próxima reunión del Consejo Interterritorial, en marzo, esperemos que Ministra y Consejeros se afanen en dar prioridad y solución inmediata a esta demanda, y no se siga quedando la demanda en "buenas palabras" y, por fin, "veamos la buena obra" a la que tenemos derecho TODA la Enfermería Española y por la que TODA la profesión veníamos reclamando, aunque no nos apostáramos al frente del Ministerio.

Rosa Mª Plata Quintanilla

Presidenta de la Asociación Española de Matronas

Diseño mixto para el análisis de las motivaciones de mujeres y profesionales para la implementación de una casa de partos

¹ Carmen Jorrín Bengoechea

² Marta Pérez González

³ Julia Mínguez Sánchez

⁴ Celia Valderrama Álvarez

¹ Alba González Fernández

¹ Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España)

E-mail: carmenjbreinosa@gmail.com

² Matrona. Hospital Universitario del Bierzo. Castilla y León (España)

³ Matrona. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. Castilla y León (España)

⁴ Matrona. Hospital Universitario de Basurto. País Vasco (España)

Fecha de recepción: 28 de febrero de 2024.

Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2024.

Cómo citar este artículo:

Jorrín Bengoechea C, Pérez González M, Mínguez Sánchez J, Valderrama Álvarez C, González Fernández A. Diseño mixto para el análisis de las motivaciones de mujeres y profesionales para la implementación de una casa de partos. *Matronas Hoy* 2024; 12(1):6-23.

Resumen

Introducción: la atención y la asistencia al parto han ido variando a lo largo de la historia en función de los conocimientos, avances tecnológicos y propios asistentes. Sin embargo, en esa historia, la atención al parto ha sido y es diferente por influjo de la cultura y la sociedad.

En la actualidad, existe un importante movimiento por la humanización y la disminución del intervencionismo en la atención al parto. Se busca un nuevo modelo asistencial centrado en el parto como proceso fisiológico y único, cuyos protagonistas son exclusivamente la mujer y su hijo. Este modelo asistencial tiene su máximo exponente en la atención prestada por matronas en casas de partos o también llamadas casas de nacimiento, que han demostrado ser, a la luz de la evidencia científica, un modelo de atención más seguro y coste-efectivo en la asistencia a los partos de bajo riesgo.

Este trabajo es la base investigadora del realizado como *Trabajo académico de fin de residencia* por las participantes (2019) que, pasado un tiempo, se ha actualizado y publicado dada la escasa bibliografía al respecto en España. Por la extensión, y a sugerencia del Comité Editorial, se publicará separadamente la *Guía Orientativa de Asistencia en Casa de Partos*, que supondría el colofón de este estudio.

Objetivos: recabar la opinión de mujeres gestantes y profesionales responsables de la atención al embarazo y parto en Cantabria. Evaluar los conocimientos y actitudes de los profesionales del Área de Maternidad de Cantabria hacia la atención en un modelo de casa de partos en la comunidad autónoma. Evaluar el impacto en conocimientos y actitudes de una intervención educativa sobre el modelo de atención al parto en una casa de partos. Diseñar una guía orientativa de casa de partos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Material y método: desarrollar un estudio mixto cuali-cuantitativo con inclusión de ideas, conocimientos y experiencias pre- y pos- visualización de una intervención, consistente en un vídeo sobre el modelo de atención al parto de baja intervención, llevado a cabo en unidades hospitalarias lideradas por matronas.

Resultados y conclusiones: se recogen diferencias estadísticamente significativas en algunas variables que apuntan a la eficacia de la intervención propuesta respecto a los conocimientos y las actitudes de las mujeres sobre los beneficios y las limitaciones de la atención al parto en una casa de partos. Respecto a los profesionales, la mayoría de matronas y obstetras no tienen experiencia anterior en casa de partos y se encuentran medianamente/nada preparados para el trabajo en ellas; frente a este grupo, matronas que se formaron fuera de España (Reino Unido mayoritariamente) son las que tienen alguna experiencia y, por lo tanto, se encuentran más seguras al respecto.

Al coincidir este estudio con la pandemia covid-19 se obtuvo otro resultado (no previsto en su diseño): la mayoría de los profesionales sanitarios del área obstétrica consideraron que este modelo hubiera mejorado la atención durante la pandemia, así como la reducción de contagios.

Finalmente, se ha concluido que es evidente la necesidad de trabajar por una mejora de la asistencia al parto siguiendo la evidencia científica y dotando a las mujeres de información y mayor capacidad de decisión sobre su parto.

Una casa de partos es el lugar idóneo para la atención al parto normal, de bajo riesgo y de manera fisiológica, tanto para los profesionales como para las mujeres gestantes.

Palabras clave: parto de bajo riesgo; centros de asistencia al embarazo y al parto; parto humanizado; partería; posparto; casa de parto; casa de nacimientos; matrona.

Abstract

Mixed design for the analysis of motivations in women and healthcare professionals for the implementation of a birth center

Introduction: delivery care and assistance has been changing throughout history according to knowledge, technological advances, and the attendees themselves. However, in that history, delivery care has been and is different by the influence of culture and society.

Currently there is an important movement for the humanization and reduction of interventionism in delivery care. A new model of care is searched for, focused on delivery as a physiological and unique process, whose protagonists are exclusively the woman and her child. The greatest exponent of this model of care is the assistance provided by midwives in delivery centers, also called birth centers, which has demonstrated to be, in the light of scientific evidence, a safer and more cost-effective model of care for the assistance of low-risk deliveries.

This article is the research basis for the one conducted as "End of Residency Academic Paper" by the participants (2019), which has been updated and published after some time, given the limited bibliography in Spain regarding this matter. Due to its extension, and at the suggestion of the Editorial Board, the "Orientative Guidelines for Assistance in Birth Centers", that would represent the culmination of this study, will be published separately.

Objectives: to obtain opinions by pregnant women and professionals responsible for pregnancy and delivery care in Cantabria. To evaluate the knowledge and attitudes of professionals from the Maternity Area of Cantabria towards care in a birth centre model in the autonomous community. To evaluate the impact on knowledge and attitudes of an educational intervention regarding the model of delivery

care in a birth center. To design orientative guidelines for a birth centre at the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Materials and method: to develop a mixed quali-quantitative study with inclusion of ideas, knowledge and experiences before and after the visualization of an intervention, consisting in a video about the model of care for low-intervention delivery, conducted in hospital units led by midwives.

Results and conclusions: statistically significant differences were collected in some variables, pointing out at the efficacy of the suggested intervention regarding knowledge and attitudes of women about the benefits and limitations of delivery care in a birth centre. In terms of professionals, most midwives and obstetricians had no previous experience in a birth center, and had medium / no preparation for working in them; opposite to this group, those midwives trained abroad (mostly in the United Kingdom) had some experience and, therefore, were more confident in this setting.

This study coincided with the covid-19 pandemic, and therefore another result was obtained (which had not been foreseen in its design): the majority of healthcare professionals in the obstetrics area considered that this model would have improved care during the pandemic, and also reduced the number of contagions.

Finally, the conclusion was that there is an obvious need to work for an improvement in delivery care following scientific evidence, and to provide women with information and greater capacity for making decisions about their delivery.

A birth center is the adequate setting for care for normal low-risk deliveries, in a physiological manner, both for professionals and for pregnant women.

Key words: low risk-delivery; centres for pregnancy and delivery care; humanized delivery; midwifery; postpartum; delivery centre; birth centre; midwife.

Introducción

En España, a partir de los años 70, la asistencia al parto fue dirigida del ámbito domiciliario al hospitalario, universalizando la asistencia, aportando justicia y equidad a todas las mujeres gestantes del país, propiciando así el acceso a los recursos sanitarios a la totalidad de las mujeres, permitiendo que los avances médicos y tecnológicos no fuesen patrimonio de unos pocos. Esto supuso que la mortalidad materna en España se redujera drásticamente, manteniéndose actualmente en niveles bajos, similares a los países desarrollados de su entorno¹.

La progresiva institucionalización y medicalización de los partos, con el consiguiente aumento del intervencionismo, llevó a una mejora de las tasas de mortalidad mater-

no-infantil en España, aunque en este punto no se pueden olvidar las mejoras sociosanitarias del país a partir de la segunda mitad del siglo XX y el avance general de conocimientos, recursos diagnósticos, técnicos y farmacopea en la asistencia obstétrica en la segunda mitad del siglo XX.

Así las cifras de mortalidad materno-fetal en España descendieron sustancialmente como se muestra en el Gráfico 1². Esta mejora, muy llamativa al inicio de la institucionalización de los nacimientos, a partir de la segunda mitad del siglo XX, se mantiene con una tendencia similar a pesar del alto nivel actual de control, intervencionismo y medicalización en la atención al parto.

En contrapartida, la institucionalización del parto, que se tradujo en una reducción de la mortalidad materno-infan-

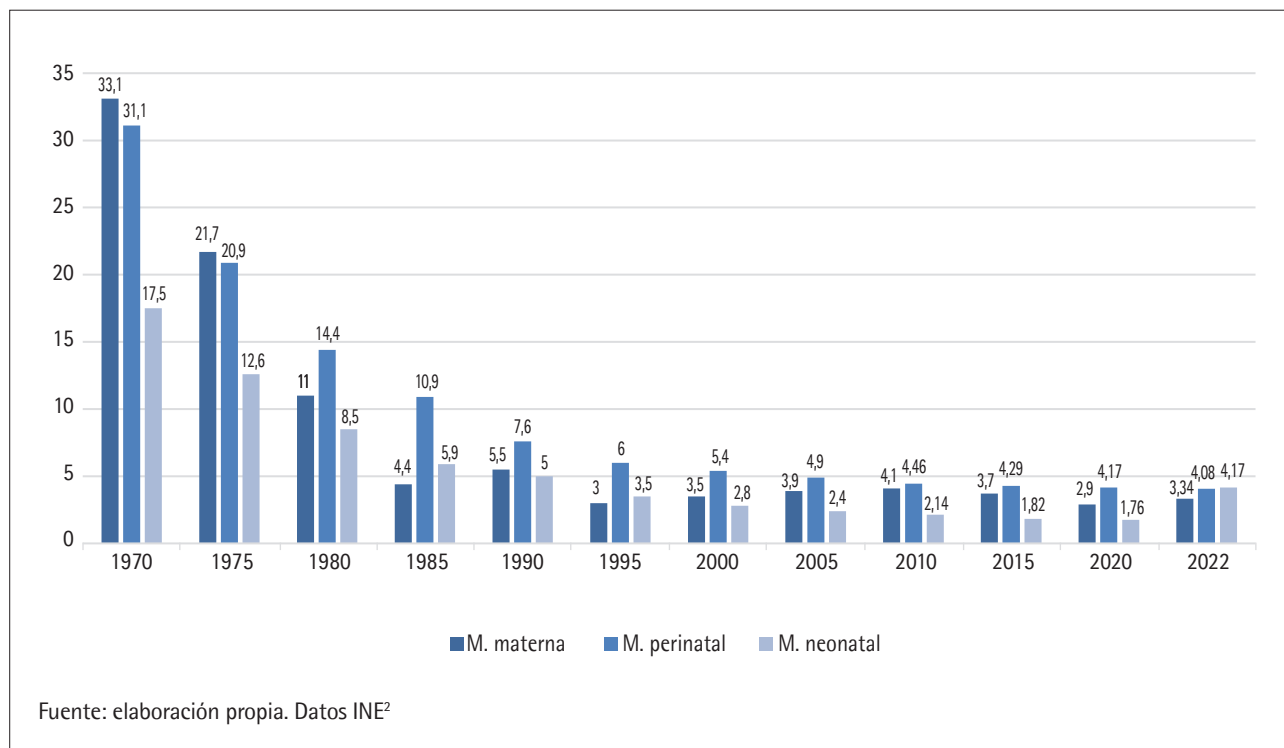


Gráfico 1. Mortalidad materna, perinatal y neonatal de España (1970-2022)

til, también provocó una desnaturalización del proceso: la asistencia en el entorno hospitalario impedía continuar la relación de confianza y cercanía con los asistentes (fundamentalmente matronas conocidas en su entorno); el entorno hospitalario distinto al del hogar, colocaba a las mujeres y sus familias en un contexto que percibían como hostil e impersonal, frente a la calidez del propio hogar. Además, implicó la separación de madres e hijos llevada a cabo sistemáticamente durante años, aun con la mejor de las voluntades de los profesionales de la asistencia obstétrica y neonatológica, que pretendían el mayor control inmediato del neonato, e incluso facilitar el descanso a la mujer puerpera en el posparto. Finalmente se produjo el cambio de rol de parturientas a enfermas, sin poder ni capacidad de decisión sobre el parto.

A pesar de la reducción de la mortalidad, el creciente aumento del intervencionismo por parte de los profesionales sanitarios ha incrementado las cifras de morbilidad materna-fetal y la iatrogenia³.

Disminuir el intervencionismo, la medicalización y ganar en humanización en el nacimiento

A la vista del creciente intervencionismo en el parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se posicionó en 1985 y publicó la Declaración de Fortaleza⁴, en la cual argumenta que el parto es un proceso fisiológico y natural

que ha de ser respetado, y en el cual únicamente se tiene que intervenir si es necesario y no de manera sistemática. En la misma línea, incluye recomendaciones sobre el derecho de la mujer a decidir el lugar de nacimiento y el personal idóneo para su atención, teniendo en cuenta factores biológicos, sociales, emocionales y psicológicos. Esta declaración sería la base posteriormente del documento *Tecnología apropiada para el parto*⁵ y, con los mismos objetivos, se editó en 1989 la *Guía de atención segura a la maternidad*⁶.

Estas recomendaciones sin duda influyeron de alguna forma en las políticas de atención de la maternidad tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados y generaron opinión entre profesionales e incluso entre profanos. Así en 1993, en otro esfuerzo por mejorar la asistencia al parto y nacimiento, el Departamento de Salud de Reino Unido publica el informe *Changing Childbirth*⁷, en el que recoge las recomendaciones fundamentales para lograr tal objetivo: el cuidado a la mujer gestante tiene que centrarse en la mujer, proporcionándole una sensación de autocontrol y protagonismo en el proceso, los servicios de maternidad deben ser de fácil y acceso, respondiendo a las necesidades de las madres; por último, las propias mujeres han de participar en los servicios de maternidad.

Desde la Declaración de Fortaleza se generará otra iniciativa, a través de la Agencia Japonesa de Cooperación Inter-

nacional (JICA), en colaboración con el Ministerio Federal de Salud del Brasil y el Gobierno del Estado de Ceará en la ejecución del Proyecto de Mejoramiento de la Salud Materna e Infantil en el nordeste del Brasil, el Proyecto Luz (1966-2001), cuyo objetivo fue promover una atención maternal humanizada que condujera a un parto saludable. La atención de maternidad humanizada incluye una atención que sea gratificante y empoderante, tanto para las mujeres como para quienes los cuidan; promueve la participación activa y la toma de decisiones de las mujeres en todos los aspectos de su propio cuidado; es proporcionada por médicos y no médicos que trabajan juntos como iguales; se basa en evidencia, incluida la tecnología; está en un sistema descentralizado de matronas e instituciones con alta prioridad para la Atención Primaria Comunitaria; y es con análisis costo-beneficio para viabilidad financiera.

A partir del año 2000, a raíz de la Declaración de Ceará⁸, se une a los esfuerzos por el cambio en la asistencia, la definición de *humanización*; no en vano, la conferencia de la que salió esta declaración (I Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto) fue organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, conscientes de que Brasil se había convertido en un país conocido por tener uno de los ejemplos más extremos de las consecuencias de la medicalización hospitalaria de la atención del parto, mientras que en el estado de Ceará se desarrolló un modelo de humanización del parto en la década de 1970⁹.

Se definió el concepto de *humanización* como *"un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas"*. Añadía la declaración: *"Como el parto es el comienzo de la vida y afecta el resto de la vida, y porque la humanización del parto es una necesidad clara, la aplicación de este aspecto particular de cuidado es un comienzo importante"*⁸.

Implantación de casas de partos como respuesta al parto biomédico imperante

Actualmente, proporcionar a las mujeres embarazadas la posibilidad de elegir dónde dar a luz es un objetivo político en algunos países europeos y también una alta prioridad para algunas asociaciones de usuarios¹⁰.

Sin embargo, los primeros movimientos internacionales a favor de una vuelta a una asistencia al parto más fisiológica, como reacción a la progresiva medicalización del parto, comenzaron a surgir en Estados Unidos tras la década de los años sesenta, aunque la idea del centro de maternidad

no era nueva. Se sabe que los primeros "centros de maternidad independientes" de nuestro tiempo fueron establecidos por enfermeras matronas que cuidaban a los pobres y marginados: "La Casita" en Santa Fe, Nuevo México (1944) y "Su Clínica Familiar" en Raymondville, Texas (1970)¹¹.

Pero es a partir de la década de los 70 que en respuesta al deseo de los consumidores de contar con cuidados alternativos en la atención al parto, y ya creada la Asociación de Centros de Maternidad (MCA), esta abrió en Nueva York en 1975 el Centro de Maternidad¹². No obstante, no empezaron a crearse centros alternativos a los hospitales como lugar de nacimiento, como las casas de partos, hasta 1990, en varios lugares del mundo: norte de Europa, Reino Unido y Canadá.

América

Estados Unidos

En este país se contabilizaban 400 centros de maternidad en 40 estados y DC (enero de 2022). El número de centros de maternidad dirigidos por matronas se ha duplicado en la última década y continúa creciendo.

Hay que tener en cuenta que el sistema sanitario estadounidense es mediante seguros privados, por lo que la gestión de las casas de parto es privada. Hay planes de salud que incluyen centros de maternidad independientes en su red y, en caso contrario, algunos centros de maternidad pueden ayudar a las usuarias a solicitar cobertura a determinadas compañías de seguros¹³.

Canadá

La asistencia al nacimiento y a la maternidad se encontraba fundamentalmente agrupada en los grandes hospitales bajo una importante influencia médica, habida cuenta de que la partería fue abolida en el siglo XIX en este país y hasta 1980 no se inició la regularización de la profesión desde Ontario (implementado en 1994) y progresivamente en todos los territorios del país¹⁴. Este fue un acontecimiento histórico ya que Canadá era, en ese momento, el único país desarrollado del mundo sin un sistema de partería regulado¹⁵. En la última década, se han promulgado políticas de integración del colectivo de matronas en la atención al parto y nacimiento, tras un aumento de los reclamos para poder elegir el tipo de atención en el parto por parte de las usuarias del servicio de salud. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de las matronas del país se encuentran localizadas en los hospitales urbanos, creando un acceso muy desigual a sus servicios¹⁶.

Según el MES en 2014, el 98% de las mujeres canadienses dio a luz en un hospital, poco más del 1% (1,2%) dio a luz en casa y menos del 1% (0,8%) dio a luz en centros de maternidad¹⁷. En 2020, la proporción de nacimientos no

hospitalarios (2,1%) fue la más alta en más de una década. Este cambio (mínimo) indica que una mayor proporción de mujeres eligieron dar a luz en el hogar, en un centro de maternidad u otras instalaciones durante la pandemia¹⁸.

En Canadá hay, junto a las Unidades de Partería (AMU, *Alongside Midwifery Unit*), unidades de parto dirigidas por matronas ubicadas en el hospital, pero físicamente separadas de la unidad obstétrica¹⁹.

En 2014, Ontario abrió dos centros de maternidad independientes dirigidos por matronas²⁰ tras las cuales ha surgido un importante movimiento de creación de casas de parto, existiendo en la actualidad unas 20^{3,21}; sin embargo, la carencia de matronas en el país es un problema para el desarrollo: en 2021 se registraron 1.892 matronas que apoyaron 48.420 partos, lo que supone que las matronas canadienses solo participaron en el 13,5% de todos los partos²².

Europa

A raíz del creciente aumento de las casas de parto, se crea en 1993 la Red Europea de Casas de Nacimientos (Netzwerk)²³.

Las casas de partos se inician en Suiza alrededor de 1984, seguido de Alemania, Austria, Bélgica, Suecia, Reino Unido y Francia.

Suiza

A partir de 1984 se inician negociaciones para crear su primer centro en 1987²³; en la actualidad hay 23 centros en los diferentes cantones²⁴. La Casa de Nacimientos es una institución de Atención Primaria de salud, parte del sistema público de salud, en la que se garantiza la independencia y autodeterminación de la mujer. Es una institución autónoma, independiente de las instituciones clínicas, en la medida en que la asistencia al parto adaptada a las mujeres es proporcionada por una matrona.

El manejo obstétrico de la Casa de Nacimientos es responsabilidad exclusiva de la matrona. El Centro de Maternidad colabora, si es necesario, con toda la red sanitaria (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.)²⁵.

La tendencia al alza en el uso de estos establecimientos se apostilla con las cifras de nacimientos, que han evolucionado desde el 0,5% de 1990 al 2,36% en 2022^{26,27}.

Alemania

El primer centro de maternidad se fundó en Berlín en 1987 como centro de parto "para un parto autodeterminado" (hoy Centro de parto de Charlottenburg). Las casas de parto son instalaciones ambulatorias, extrahospitalarias, dirigidas por matronas, en las que las mujeres embarazadas

son atendidas, acompañadas durante el parto y, si es posible, también atendidas por una matrona del Centro de Maternidad durante el puerperio²³.

En Alemania, según el informe de 2020 de la Sociedad para la Calidad de la Obstetricia Extrahospitalaria (QUAG), alrededor del 1,8% de todos los partos se planificó y completó fuera del hospital. Un poco más de la mitad de los nacimientos planificados e iniciados fuera del hospital ocurrió en instalaciones dirigidas por matronas, que incluyen centros de maternidad, consultorios de matronas con obstetricia y casas de maternidad. El resto son partos domiciliarios²⁸.

Una proporción sustancial de los nacimientos en centros de maternidad resulta en un traslado a una clínica durante el transcurso del parto. Según QUAG, este fue el caso del 18,7% de estos nacimientos en Alemania en 2020. La proporción fue significativamente mayor entre las madres primerizas (32,5%) y significativamente menor entre las segundas madres o las madres múltiples (7,2%). La mayoría de las transferencias se realiza sin urgencia (casi el 93%), un 7% con urgencia. El motivo más común de los traslados "en reposo" es el parto estacionado; el motivo más común de los traslados urgentes es por sospecha de pérdida de bienestar fetal por los latidos cardíacos patológicos del feto²⁸. En la actualidad, hay más de 100 casas de maternidad en Alemania.

Reino Unido

La política gubernamental de atención a la maternidad en Inglaterra desde principios de la década de 1990 ha promovido la elección del lugar de nacimiento por parte de las mujeres.

Estas opciones son las unidades hospitalarias (*obstetric units*, OU) dirigidas por obstetras (OU), las unidades dirigidas por matronas (*midwifery led units*, MU) y el domicilio.

Las MU se clasifican de dos maneras: las adscritas a OU, junto con las unidades de partería (*Alongside Midwifery Units*, AMU) o las geográficamente separadas, es decir, unidades de partería independientes (*Freestanding Midwifery Units*, FUM). Las MU se recomiendan para mujeres clasificadas como de bajo riesgo de complicaciones, que constituyen aproximadamente el 45% de todas las mujeres embarazadas al final del embarazo.

En 2012, a pesar de la fuerte evidencia de que las MU reducen las tasas de cesáreas en dos tercios, son muy seguras, mejoran la satisfacción del paciente y son un 20% más baratas que las OU; solo el 11% de las mujeres dio a luz en MU, el 87% en OU y el 2% en casa.

Los nacimientos en las MU (unidades lideradas por matronas) de Inglaterra casi se han triplicado desde 2011, hasta abarcar el 15% del total. Sin embargo, este aumento se

ha producido casi exclusivamente en unidades paralelas (AMU), cuyo número se ha duplicado. Los nacimientos en las FUM se han mantenido iguales y estas unidades son más susceptibles al cierre. Una cuarta parte de los hospitales en Inglaterra no tienen FUM; en aquellos que las tienen, casi todas están subutilizadas²⁹.

En 2016, desde Reino Unido, se creó la Red de Unidades de Partería (*Midwifery Unit Network*, MUNet) como una comunidad de práctica cuyo objetivo es promover y apoyar la implementación y mejora de las unidades de partería (UM) en el Reino Unido e internacionalmente³⁰.

Francia

Aunque el proyecto de creación de casas de parto en este país se remonta a 1998³¹; con todo, la creación de estos centros fue posible y con carácter experimental gracias a la Ley del 6 de diciembre de 2013 y al Decreto del 30 de julio de 2015, que fija las condiciones del proyecto autorizando nueve casas de nacimiento en toda Francia. Estos centros de parto, administrados por matronas, están adyacentes a un establecimiento de salud con el que firman un convenio, que garantiza mejor calidad y seguridad de la atención en caso de complicación o necesidad de traslado. Ofrecen a las mujeres menos apoyo técnico para el seguimiento del embarazo, parto y posparto y no brindan alojamiento a las parturientas y sus recién nacidos ni atienden emergencias obstétricas. Estas estructuras solo están destinadas a las mujeres embarazadas de bajo riesgo en el embarazo y parto³².

En 2020 las autoridades francesas se planteaban la cuestión del mantenimiento de las casas de parto, Ipsos realizó una encuesta para el Colectivo de Padres de Casas de Parto entre los principales interesados, las mujeres. Los resultados fueron que las mujeres aprecian especialmente la libertad que les ofrecen estos hogares sin comprometer la seguridad: la elección del método de parto (51%), la proximidad a una sala de maternidad (43%) o incluso la seguridad que ofrece la presencia continua de la matrona (33%), explican su atractivo. Las mujeres también aprecian el hecho de que no se imponga sistemáticamente ninguna intervención médica (27%), la posibilidad de regresar a casa pocas horas después del parto (17%) y el seguimiento médico domiciliario por parte de las matronas posparto (20%).

Casi una de cada cinco mujeres (19%) definitivamente quiere o hubiera querido dar a luz en un centro de maternidad, lo que representaría más de 130.000 nacimientos al año³³.

Sin embargo, hoy en día ya solo existen ocho de estos centros que realizan menos de 800 partos al año y, por tanto, tienen que rechazar muchas solicitudes³⁴.

Holanda

País europeo que tradicionalmente ha ostentado la mayor tasa de nacimientos domiciliarios incluidos en la cobertura sanitaria, aunque ha descendido progresivamente esta tasa del 76,1% cifrado en 1995 al 15% en 2020³⁵. En los Países Bajos, el apoyo al embarazo y al parto se lleva a cabo en Atención Primaria a cargo de obstetras de Atención Primaria y médicos generales obstétricamente activos, y en Atención Hospitalaria a cargo de ginecólogos y matronas clínicas. En 2020, el 27% (2019: 27%) de los partos tuvo lugar en Atención Primaria, bajo la responsabilidad de una matrona o un médico de cabecera. Estos partos tuvieron lugar en el domicilio (15%) o en el centro de maternidad/clínica ambulatoria (12%). El porcentaje de partos en Atención Hospitalaria, bajo responsabilidad del ginecólogo, fue del 69% en 2020 (2019: 68%)³⁶. Además, la totalidad de los hospitales cuenta con aéreas para la atención de las mujeres de bajo riesgo; sin embargo, los costes generados de esta atención han de ser financiados por la propia mujer gestante. En la actualidad, esta cifra está disminuyendo, por lo que se promueve desde los hospitales la creación de casas de parto integradas en el centro hospitalario^{3,16,21}.

España

El modelo de referencia ha sido y es medicalizado e institucionalizado, a pesar de existir, fundamentalmente desde 2007 con la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*³⁷, concienciación, recursos y esfuerzos por el cambio. El hospital atiende el 99% de los nacimientos que se produce y en el domicilio <1%, son prácticamente los únicos lugares posibles para dar a luz en el país. A pesar de ello, la legislación española promueve y reconoce expresamente la autonomía de los pacientes³⁸ y las mujeres parturientas en el Capítulo II de esta misma ley; es pionera en materias de igualdad de género y contempla, en la Estrategia de Atención al Parto Normal³⁷, la creación e integración de lugares alternativos al nacimiento. Igualmente, se reconoce el derecho de las mujeres a decidir y participar de su propio proceso, el derecho a la intimidad y el acompañamiento durante el parto, tener un parto respetado y a ser ellas y su futuro/a hijo/a los protagonistas.

En cuanto a los hospitales de España, se encuentran dos tipos de estructura organizativa para la atención: el modelo secuencial (sala de dilatación, paritorio y sala de recuperación posparto) o el modelo integrado UTPR (unidades de trabajo de parto y recuperación). Algunos hospitales públicos han realizado algunos cambios en sus espacios para lograr una asistencia natural al parto sin demasiado éxito.

Las primeras casas de parto en España fueron creadas en Valencia (Maternidad Acuario, 1986)³⁹ y Cataluña (Casa de Naixements Migjorn, 2000)⁴⁰, ambas de gestión privada.

Respecto a la red pública, el Hospital de Manises inauguró en 2014 la primera casa de parto integrada en un hospital público⁴¹ y está pendiente la que se construirá en un edificio anexo al Hospital La Plana⁴², a pesar de su aprobación está paralizada la ejecución⁴³.

En 2017, el hospital Sant Joan de Deu inauguró una casa de parto gestionada por matronas, siendo el primer hospital público en España que cuenta con un espacio de estas características⁴⁴, aunque ha sido cerrada en 2023 alegando la falta de matronas⁴⁵. En la Comunidad de Madrid, en 2013, se creó una unidad de parto de baja intervención y de parto natural, integrada dentro del Hospital Nuevo Belén, también de gestión privada. Además, existe en esta capital otra unidad de parto de natural en un centro privado, el Hospital La Milagrosa.

Asistencia obstétrica en España en cifras

Respecto a las intervenciones durante el parto en España (2010-2018), actualmente la tasa de partos por cesárea se sitúa en el 25,22%, con diferencias muy significativas entre comunidades autónomas, encontrándose a la cabeza la Comunidad Valenciana con una tasa del 31,38% y el País Vasco, en último lugar, con un 16,42%⁴⁶. Estas cifras están alejadas de las de las recomendaciones de la OMS (10%-15%), por cierto, recomendaciones estimadas en 1985 y que requerirían actualmente análisis y actualización. Respecto al resto de países de la Unión Europea, España ocupa una posición intermedia⁴⁷. Las diferencias se hacen aún más llamativas si se tiene en cuenta la sanidad privada, lo cual no tiene justificación desde el punto de vista médico, ya que es en la sanidad pública donde se atienden los embarazos y partos de mayor complejidad y, por tanto, con más probabilidad de tener un parto por cesárea.

En el año 2018, el porcentaje de partos inducidos en los hospitales públicos-SNS fue del 34,2%, continuando con la tendencia ascendente del periodo 2010-2018 con un 62,9% de partos con anestesia locorregional. El porcentaje de partos con episiotomía en los hospitales públicos-SNS fue del 27,5%, que sigue una tendencia descendente en el mismo periodo. Los desgarros perineales severos (GIII y GIV) en los hospitales públicos-SNS ocurrieron en el 0,9% de los partos no instrumentales y en el 5,2% de los instrumentales. El porcentaje de partos instrumentales en los hospitales públicos-SNS fue del 17,5%, lo que evidencia una tendencia ascendente en el periodo 2010-2018 (3,9% fórceps, 11,9% vacuum extractor)⁴⁸.

Asistencia obstétrica en Cantabria en cifras

El presente estudio se inició originalmente en 2019, trabajando con los datos de ese año; de 2.884 partos en el año 2019, un 77,28% fueron vaginales (instrumentales y eutócicos) y un 22,64% fueron cesáreas, situándose muy por

encima de la tasa recomendada por la OMS (10%-15%), aunque esta cifra de cesáreas situaba a Cantabria en el puesto 11 (de mayor a menor en el conjunto nacional)⁴⁶.

Además, del total de 655 cesáreas, en tan solo 32 (4,8%) se realizaron contacto piel con piel con la madre en las primeras dos horas de vida del recién nacido.

En el momento de elaborar este trabajo se pueden aportar las cifras de 2023 del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" que, en líneas generales, han mejorado, como la tasa de partos eutócicos (73%), los partos instrumentales (7,56%), las cesáreas (19,37%) (de las cuales un 26,8% fueron programadas y el 73,20% se indicó intraparto), la tasa de episiotomías (24,81%). Respecto al contacto piel con piel con la madre, este se produjo en un 87,33% con la madre y en un 1,10% de los casos con el padre⁴⁹.

Estudio sobre los lugares de nacimiento

Diferentes estudios han tratado de comparar las cifras, las tasas y los resultados de los partos según el lugar donde suceden. En 2011, se publicó en Reino Unido el estudio *Birthplace*⁵⁰, que recopiló datos sobre la atención durante el trabajo de parto, el parto y los resultados del nacimiento para la madre y el bebé en más de 64.000 nacimientos de bajo riesgo en Inglaterra, incluidos casi 17.000 partos domiciliarios de bajo riesgo planificados, 28.000 partos en unidades de partería (AMU) de bajo riesgo planificados y FMU, y cerca de 20.000 partos planificados en unidades obstétricas de bajo riesgo.

Este trabajo comparó la seguridad de los partos planificados en cuatro entornos: el hogar, las unidades de partería independientes (UMF), junto con unidades de partería (UMA) y las unidades obstétricas (OU). Los principales hallazgos se relacionan con mujeres sanas con embarazos sencillos que cumplen con los criterios de las pautas de atención intraparto del NICE para un parto de bajo riesgo. Los hallazgos clave de este estudio fueron:

- **Dar a luz es generalmente muy seguro:** para las mujeres con embarazo de bajo riesgo, la incidencia de resultados perinatales adversos (mortalidad intraparto, muerte neonatal temprana, encefalopatía neonatal, síndrome de aspiración de meconio y lesiones específicas relacionadas con el nacimiento, incluida la lesión del plexo braquial) fue baja (4,3 eventos por 1.000 nacimientos).
- **Las unidades de partería parecen ser seguras para el bebé y ofrecen beneficios para la madre:** para los partos planificados en unidades de partería independientes, y junto con la partería, no hubo diferencias significativas en los resultados perinatales adversos en comparación con el parto planificado en una unidad obstétrica. Las mujeres que planificaron el parto en una unidad de partería (AMU o FMU) tuvieron significativamente menos

intervenciones, incluidas sustancialmente menos cesáreas intraparto y más "partos normales" que las mujeres que planificaron el parto en una unidad obstétrica.

- **Para las mujeres que tienen un segundo bebé o un bebé posterior, los partos en el hogar y en las unidades de partería parecen ser seguros para el bebé y ofrecer beneficios a la madre:** para las mujeres multiparas no hubo diferencias significativas en los resultados perinatales adversos entre los partos planificados en el hogar o en unidades de partería y los partos planificados en unidades obstétricas. Para las mujeres multiparas, el parto en una unidad no obstétrica redujo significativa y sustancialmente las probabilidades de tener una cesárea intraparto, un parto instrumental o una episiotomía.
- **Para las mujeres que tienen su primer bebé, un parto en casa planificado aumenta el riesgo para el bebé:** para las mujeres nulíparas hubo 9,3 eventos de resultados perinatales adversos por cada 1.000 partos domiciliarios planificados en comparación con 5,3 por 1.000 nacimientos para los partos planificados en unidades obstétricas, y este hallazgo fue estadísticamente significativo.
- **Para las mujeres que tienen un primer bebé existe una probabilidad bastante alta de ser trasladadas a una unidad obstétrica durante el trabajo de parto o inmediatamente después del nacimiento:** para las mujeres nulíparas, la tasa de transferencia periparto fue del 45% para los partos planificados en casa, del 36% para los partos planificados en FMU y del 40% para los partos planificados en AMU.
- **Para las mujeres que tienen un segundo bebé o un bebé posterior, la tasa de transferencia ronda el 10%:** para las mujeres que tuvieron un segundo bebé o un bebé posterior, la proporción de mujeres transferidas a una unidad obstétrica durante el trabajo de parto o inmediatamente después del nacimiento fue del 12% para los partos planificados en el hogar, del 9% para los partos planificados en FMU y del 13% para los partos planificados en AMU.

A partir del análisis de los datos, el estudio realiza una comparación entre diferentes tipos y lugares de asistencia al parto⁵¹:

- Unidades de matronas en el hospital (AMU) vs. unidades obstétricas (OU): se concluye que en las unidades de matronas hay más posibilidad de parto espontáneo, con menor probabilidad de parto instrumental o cesárea. Hay una menor tasa de episiotomías respecto a las unidades obstétricas, sin que se produzcan mayores desgarros de tercer y cuarto grado, que se mantienen en cifras similares en ambos. Encontraron cifras similares en cuanto a hemorragia posparto o sangrado con ne-

cesidad de transfusión sanguínea en ambas unidades. El estudio concluye que dar a luz en unidades de matronas hospitalarias respecto a unidades obstétricas es más coste-efectivo para mujeres de bajo riesgo, con iguales resultados. Sin embargo, se sugiere que no existen las unidades de matronas hospitalarias independientes, sino que cuentan con una unidad obstétrica de referencia asociada.

- Unidades de matronas independientes no hospitalarias (FMU) vs. unidades de matronas hospitalarias (AMU): más probabilidad de parto vaginal espontáneo en FMU, menos probabilidad de parto instrumental o cesárea, menos probabilidad de sangrados, menos tasas de episiotomías y desgarros y menos traslados a unidades obstétricas. El estudio concluye que dar a luz en FMU es un beneficio universal para mujeres de bajo riesgo y es más costo-efectiva, incluso incluyendo los costes de un posible traslado a una unidad obstétrica si surgen complicaciones.

En cuanto a variables como la satisfacción materna, se concluye en el estudio que las mujeres refieren encontrarse más satisfechas, con mayor sensación de control, más apoyadas y escuchadas en FMU, seguidas de AMU y por último lugar, en unidades obstétricas. Igualmente, se reflejan, en los partos de las unidades atendidas por matronas, mayores tasas de amamantamiento.

Respecto a resultados neonatales, tanto en primíparas como en multiparas se obtienen mejores resultados en FMU, únicamente encontraron un mayor riesgo neonatal en primíparas que dan a luz en su domicilio⁵¹.

Tras la publicación de los resultados de este estudio, el *National Institute for Health and Clinical Care* realizó sus primeras recomendaciones sobre riesgos y beneficios en función del lugar del parto para mujeres de bajo riesgo obstétrico. Estas recomendaciones son ampliamente reconocidas por comunidades y sociedades científicas y sirven como base para la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica sobre la atención al parto. Sin ir más lejos, la *Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad español se encuentra basada en estas recomendaciones⁵².

Otros estudios publicados al respecto obtienen conclusiones similares, como que en los lugares de nacimiento atendidos por matronas la mujer es autónoma y existen mayores posibilidades de tener un parto de baja intervención⁵³, o que existen mayores posibilidades de tener un parto espontáneo con menor número de intervenciones en los partos llevados a cabo en casas de partos atendidas por matronas respecto a unidades de obstetricia hospitalaria⁵⁴.

Respecto a resultados de salud de los recién nacidos, igualmente se obtienen resultados similares, sin encontrar di-

ferencias significativas en el test de APGAR al nacimiento de los recién nacidos cuyo parto tuvo lugar en una casa de partos atendida por matronas o en una unidad obstétrica. Sin embargo, sí que se aprecia que existe menos probabilidad de ingreso en unidades neonatales en los recién nacidos en casas de partos atendidas por matronas²⁸.

Justificación del estudio

A través de la literatura científica se sabe que, para mujeres de bajo riesgo, el parto más seguro es aquel atendido por matronas, profesionales idóneas para ello, contando no solo con los conocimientos científicos, sino también con las habilidades sociales y destrezas personales para acompañar de manera óptima a la parturienta y a su familia durante el proceso de embarazo, dilatación, parto y puerperio normales. Esto implica que el lugar óptimo para la atención al parto natural o de baja intervención es aquel gestionado por matronas, ofreciendo una asistencia sanitaria continuada, de calidad y basada en la evidencia científica, permitiendo una vivencia del parto respetado y humanizado con las garantías sanitarias actuales.

El reencuentro con la fisiología del parto y su asistencia no solo sanitaria, sino emocional y social, siguiendo las recomendaciones y la evidencia científica, lleva a cuestionar si es posible, en Cantabria, la creación de una casa de parto adherida al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, maternidad de referencia en la región. Su creación supondría colocar a las comunidades autónomas a la vanguardia en lo que asistencia a la maternidad y el nacimiento se refiere, situando a Cantabria, y en concreto al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, como referente tanto a nivel nacional como internacional en el campo obstétrico. Una importante cultura de investigación e innovación acompañan al sello de hospital de referencia en Cantabria a lo largo de toda su existencia; por este motivo, es fundamental que esta impronta se haga efectiva en cuanto a lo que maternidad se refiere, para colocar al servicio de salud de la comunidad autónoma a sus profesionales y usuarios en las mejores condiciones posibles para el desarrollo de su potencial salud.

Objetivos

- Evaluar conocimientos y actitudes de las mujeres (embarazadas y no gestantes) hacia la atención en un modelo de casa de partos en Cantabria.
- Analizar conocimientos y actitudes de profesionales del Área de Maternidad de Santander hacia la atención en un modelo de casa de partos en Cantabria.
- Evaluar el impacto en conocimientos y actitudes de una intervención educativa sobre el modelo de atención al parto en una casa de partos.

- Diseñar una guía orientativa de casa de partos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Metodología

La investigación se corresponde con un estudio de diseño mixto cualicuantitativo estructurado en diferentes fases para dar respuesta a los objetivos planteados en el proyecto:

- **Fase 1.** Estudio descriptivo observacional transversal. Subdivida en:
 - 1a. Descripción de los antecedentes sociodemográficos y obstétricos de las mujeres de Cantabria como edad, paridad, nivel de estudios y experiencias previas, evaluación de sus conocimientos y actitudes en relación con este modelo de atención al parto.
 - Sujetos de estudio: selección intencional hasta alcanzar una fecha límite (14 de febrero de 2021) de mujeres que planificaban su embarazo, gestantes y puérperas de Cantabria en el momento de la recogida de datos.
 - Instrumento de recogida de datos cuestionario (*online*) elaborado a partir de la bibliografía disponible y validado por un panel de expertos, previamente probado con una muestra piloto de cinco mujeres gestantes que acudieron al hospital y aceptaron participar.
 - Recogida de información: realización de un cuestionario *online* a través de la plataforma Google Forms, previamente difundido a través redes sociales.
 - 1b. Estudio de la aceptación de los profesionales sanitarios de este modelo de atención: variables sociodemográficas y relativas a la vida y perfil laboral del entrevistado: experiencias previas con unidades de atención al parto de baja intervención y formación específica sobre el tema, años de ejercicio de la profesión, motivaciones para trabajar en casa de partos y principales motivos de rechazo de este modelo.
 - Sujetos de estudio: selección de intencional entre profesionales sanitarios del área de obstetricia, tanto a Atención Especializada y Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria (matronas, ginecólogos y auxiliares).
 - Recogida de información: realización de un cuestionario *online* a través de la plataforma Google Forms, enviado vía telemática a través del correo de personal.
- **Fase 2.** Estudio descriptivo observacional pre-pos- intervención con vídeo educativo:

- Publicación de vídeo informativo sobre una casa de partos.
- Evaluación de la percepción pre- y pos- sobre este modelo tras la visualización del vídeo educativo.
- Sujetos de estudio: los mismos que en la fase 1ª que accedieron al vídeo informativo y posteriormente respondieron de nuevo al mismo cuestionario relleno en la fase 1ª.

Se editó un vídeo de cuatro minutos de duración (elaboración propia) explicando el estudio y en qué consistía la unidad liderada por matronas adherida al hospital. Dicho vídeo fue compartido en Facebook, en la página pública de "Matronas Cantabria", grupo independiente que aceptó participar, así como en el perfil de Instagram @LaraMatrona.

El medio de difusión elegido fueron las redes sociales para así lograr el mayor alcance poblacional debido a la actual situación de pandemia por covid-19. En este link se puede acceder al vídeo que se empleó: <https://www.youtube.com/watch?v=DM-WBgSu3ik&feature=youtu.be>

- **Fase 3.** Elaboración de una guía de recomendaciones para la atención al parto en una unidad de estas características (se publicará en otro número por razón de espacio).

Validación de los cuestionarios creados

Validez de contenido: se utilizó el criterio de un total de ocho expertos (matronas y ginecólogas del Servicio Cántabro de Salud) para el análisis de los cuestionarios destinados a la población y profesionales.

Se emplearon tamaños muestrales representativos y se reformularon los cuestionarios aunando las aportaciones del panel de expertos. Con la versión definitiva se realizó un pilotaje con cinco sujetos aleatorios de ambas muestras. Los resultados indicaron alto grado de concordancia entre los expertos (Kendal= 0,88, $p < ,05$) y un alfa de Crombach adecuado (cuestionario población $\alpha = ,847$; cuestionario profesionales $\alpha = ,741$).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se emplearon los paquetes estadísticos IBM SPSS Statistics Version 22.

Se adoptó un contraste bilateral, un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%. En la estimación de parámetros se proporcionan valores puntuales e intervalos de confianza. Al tratarse de una muestra mayor a 30 individuos en ambos casos se consideró una distribución normal, lo que permitió el uso de pruebas paramétricas. Para el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se describieron

mediante media y desviación típica. Las variables cualitativas se resumieron mediante tablas de frecuencias aportando en ellas tanto los valores de las frecuencias absolutas como relativas, estas últimas expresadas en porcentajes. En cuanto al análisis de la intervención educativa (vídeo), se efectuó un análisis ANOVA de medidas repetidas pre-pos y test de Chi cuadrado. Se considero significativo $p < 0,5$.

Consideraciones éticas

Para la realización de este trabajo se solicitó formalmente permiso a la Dirección del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y a la supervisora del Área de Partos. Asimismo, se elaboró un proyecto de investigación que fue remitido al CEI-CEIm Cantabria del Servicio Cántabro de Salud, quienes otorgaron el permiso correspondiente para la realización del estudio.

El tratamiento de los datos y de la información del estudio fue realizado guardando la confidencialidad de estos, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Resultados

I. Análisis descriptivo de variables: cuestionario de población

• Previo al vídeo:

- La N total de mujeres encuestadas fue 297. Los resultados aparecen en la Tabla 1.
- Resultados más significativos: mayor porcentaje (67,3%) de participantes en el rango de edad de 26-35 años (67,3%), de las que el 64% contaba con estudios superiores, frente a un 0,3% sin estudios. El 74,4% de las mujeres no presentaba ningún aborto, frente al 0,7% que contaba con cuatro o más abortos, el 46,8% tenía un parto, el 46,8% o ninguno (37%), el 83,8% no tenía ninguna cesárea.
- El 41,8% de las mujeres encuestadas estaba embarazada en el momento de responder el cuestionario, el 30% estaba buscando embarazo y el 28,3% estaba en el periodo posparto.

• Posterior al vídeo:

- La N total fue de 166 mujeres, dado que hubo una pérdida de 131 (44,1%) encuestadas tras la visualización del vídeo.
- En cuanto a la edad, se perdieron encuestadas de los extremos de edad (tanto < 25 como > 46 años). Los resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas del perfil de mujeres que respondieron al cuestionario previo y posvisionado del vídeo

		Previsionado vídeo		Posvisionado	
Edad	18-25	16	5,4%	3	1,8%
	26-35	200	67,3%	119	71,7%
	36-45	80	26,9%	44	26,5%
	46 o más	1	0,3%	0	0%
Nivel estudios	Básico	12	4%	10	6%
	Medios	94	31,6%	49	29,5%
	Superiores	190	64%	107	64,5%
	Sin estudios	1	0,3%	0	0%
Abortos	0	221	74,4%	122	73,5%
	1	56	18,9%	34	20,5%
	2	14	4,7%	8	4,8%
	3	4	1,3%	2	1,2%
	4 o más	2	0,7%	0	0%
Partos	0	111	37,3%	64	38,6%
	1	139	46,8%	78	47,0%
	2	39	13,1%	22	13,2%
	3	8	2,7%	2	1,2%
	4 o más	0	0%	0	0%
Cesáreas	0	249	83,8%	148	89,2%
	1	44	14,8%	17	10,2%
	2	3	1%	0	0%
	3	1	0,3%	1	0,6%
	4 o más	0	0%	0	0%
Situación actual	Embarazada	124	41,8%	81	48,8%
	Buscando embarazo	89	30%	41	24,7%
	Posparto (< 6 semanas)	84	28,3%	44	26,5%

Fuente: elaboración propia

Resultados respuestas pre-pos- vídeo

Los resultados de las preguntas de respuesta múltiple, para facilitar su comprensión y exposición:

A la pregunta: ¿Cuáles cree que son las competencias asistenciales de una matrona (enfermera especialista en Ginecología y Obstetricia) (respuesta múltiple)? En las respuestas pre-, el 100% escogió la respuesta "Seguimiento y control del embarazo y posparto" y el 93,6%, la respuesta "Atención al parto". Las respuestas pos- dieron porcentajes similares, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre pre- y pos- (ANOVA, $F = 21,3$, $p = ,56$).

A la pregunta: ¿Cuáles cree que son los modelos asistenciales disponibles para dar a luz en España (respuesta múltiple)?

En la fase pre- el 90,1% indicó el hospital público; el 47,8%, casa de partos; el 37,8%, parto en domicilio. Los resultados pos- fueron similares, no hallándose diferencias estadísticamente significativas (ANOVA, $F = 13,5$, $p = ,54$).

A la pregunta, que enlaza con la anterior: ¿Y en la comunidad de Cantabria? Contestaron en la fase pre-, en hospital público el 100%, en hospital privado el 48,5%, en casa de partos el 21,8%, y parto en domicilio el 51,5%. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la fase pos- (ANOVA, $F = 9,3$, $p = ,23$).

A la pregunta: ¿Cuáles cree que son los beneficios de la atención al parto en casas de partos (respuesta múltiple)? En la Tabla 2 aparecen las respuestas en la fase pre- y pos-

Tabla 2. Variables descriptivas y análisis inferencias preguntas 4-5 / Análisis de las preguntas del cuestionario pre- y pos- de la 6 a la 10

Preguntas (4-5)	Previsionado %	Posvisionado %	P'
P.4 ¿Cuáles cree que son los beneficios de la atención al parto en casas de partos?			
Parto más seguro	90,2	93,2	,001
Parto más respetado	84,4	85,5	,02
Parto más fisiológico	78,8	87,3	,001
Mayor acompañamiento	79,4	89,9	,03
Mayor empoderamiento	71,2	87,3	,02
Mayor implicación acompañante	66,4	81,2	,001
Otros	44,8 desconoce qué es una casa de partos	79,5	,02
P.5 ¿Cuáles cree que son las limitaciones de la atención al parto en casas de partos?			
Mayor riesgo	78,3	22,3	,003
Mayor aparición de complicaciones	74,6	22,3	,01
Menor grado de seguridad	82,3	32,3	,41
Mayor dolor en el parto	66,3	71,2	,23
Otros	41,8 desconoce qué es una casa de partos	42,5 Niega complicaciones	,02
*Prueba Chi cuadrado, p< ,05 significativa			
Preguntas cuestionario 6-10	Previo v. (n 297)	Pos v. (n 167)	P*
P.6 ¿Considera que este modelo de atención hubiera mejorado la asistencia durante la covid-19?			
Totalmente de acuerdo	51,5%	57,8%	0,265
Parcialmente de acuerdo	22,6%	22,3%	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24,2%	17,5%	
Parcialmente en desacuerdo	1,8%	1,2%	
Totalmente en desacuerdo	0,3%	1,2%	
P.7 Si no es su 1^{er} embarazo, ¿cómo fue el anterior?			
Muy satisfactoria	18,5%	17,5%	0,713
Satisfactoria	23,6%	24,7%	
Indiferente	4 %	3%	
Poco satisfactorio	9,1%	7,2%	
Nada satisfactoria	4,7%	6%	
Es mi 1 ^{er} embarazo	40,1%	41,6%	
P.8 Si conoce la experiencia de mujeres de su familia, ¿cómo fueron?			
Muy satisfactoria	3,7%	3%	0,759
Satisfactoria	44,7%	44,6%	
Indiferente	8,8%	9%	
Poco satisfactorio	30%	30,1%	
Nada satisfactoria	6,1%	7,8%	
Desconozco	7,1%	5,4%	

Tabla 2. Variables descriptivas y análisis inferencias preguntas 4-5 / Análisis de las preguntas del cuestionario pre- y pos- de la 6 a la 10 (continuación)

Preguntas cuestionario 6-10	Previo v. (n 297)	Pos v. (n 167)	P*
P.9 ¿Considera que las experiencias de las mujeres de su familia condicionan su propio parto?			
Totalmente de acuerdo	15,8%	10,8%	0,792
Parcialmente de acuerdo	34,3%	38%	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17,2%	17,5%	
Parcialmente en desacuerdo	13,1%	13,9%	
Totalmente en desacuerdo	19,5%	19,9%	
P.10 ¿Sigue los consejos de mujeres de su familia sobre su propio embarazo y parto?			
Siempre	2%	1,2%	0,375
Muchas veces	16,5%	15,7%	
Ocasionalmente	50,8%	47,6%	
Rara vez	23,9%	28,3%	
Nunca	6,7%	7,2%	
*Prueba ANOVA $p < 0,05$ significativa			

y el análisis inferencial, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre todas las respuestas.

A la pregunta: ¿Cuáles cree que son las limitaciones de la atención al parto en casas de partos? En la Tabla 2 se recogen los resultados en las fases pre- y pos- y diferencias estadísticamente significativas entre algunas variables, pero no en todas. Es decir, la intervención pareció eficaz para que conozcan qué es una casa de partos, disminuyó la percepción de riesgo en el parto, se redujo la percepción de complicaciones en el parto, pero se mantuvo la percepción de menor grado de seguridad y mayor dolor en el parto. Aunque casi la mitad, el 42,5%, refirió que no encontrarían ninguna complicación.

- Respecto a la creencia de si este tipo de atención hubiese mejorado la experiencia durante la pandemia por covid-19, la mayoría estaba de acuerdo (74,1%), ya que se encontraban "total o parcialmente de acuerdo", frente al 1,9% que estaba "parcial o totalmente en desacuerdo".
- Respecto a la experiencia previa en mujeres multiparas, un 42,1% fue "satisfactoria o muy satisfactoria".
- Respecto a la experiencia de parto de las mujeres de su familia, un 58,1% refirió una experiencia "satisfactoria o muy satisfactoria", frente a un 7,1% que desconoce, un 8,8% que refiere como "indiferente" y un 36,1% "poco o nada satisfactoria".
- Un 50,2% de la población encuestada considera que la experiencia anterior de su familia puede influir de for-

ma activa en su parto, estando "total o parcialmente de acuerdo".

- El 50,8% de las mujeres sigue "ocasionalmente" los consejos de sus allegados.

II. Análisis descriptivo de variables cuestionario de profesionales

La participación mayoritariamente femenina (98,6%) y matronas con experiencia profesional > 5 años frente al 11,3% con más de 20 años de carrera profesional. El 66,2% de los participantes realizó su formación/especialidad en Cantabria y tan solo un 9,9% se habían formado en el extranjero (Tabla 3).

III. Análisis inferencial

Se llevó a cabo una correlación bivariada entre la variable "lugar de residencia o formación" (Cantabria, Otra Comunidad, Otro país) con el resto de variables, así como la "categoría profesional" (auxiliar, matrona y obstetra) de los profesionales encuestados, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Los principales hallazgos en cuanto a la categoría profesional entrevistada fueron:

- Mala interpretación de la primera pregunta (años de experiencia en casas de partos) por parte del colectivo de los técnicos auxiliares de enfermería, ya que la mayoría ha contestado que ha tenido experiencia en casa de

Tabla 3. Variables sociodemográficas del perfil de profesionales que respondieron al cuestionario

		Recuento	% N de Tabla
Edad	18-25	6	8,5%
	26-35	32	45,1%
	36-45	19	26,8%
	46-55	12	16,9%
	56 o más	2	2,8%
Sexo	Mujer	70	98,6%
	Hombre	1	1,4%
Categoría profesional	Auxiliar	8	11,3%
	Matrona	53	74,6%
	Obstetra	10	14,1%
Años de carrera P.	< 5	30	42,3%
	5-10	11	15,5%
	10-15	13	18,3%
	15-20	9	12,7%
	> 20	8	11,3%
Relación laboral	Laboral	7	9,9%
	Estatutario fijo	20	28,2%
	Estatutario temporal	30	42,3%
	Estatutario interino	14	19,7%
Lugar formación especialidad	Cantabria	47	66,2%
	Otras CC.AA.	17	23,9%
	Otro país	7	9,9%

partos en contraposición con la segunda pregunta (calidad de la experiencia), en la que siete de ellas indicaron que no tienen.

- Tanto matronas como obstetras, la gran mayoría no poseía experiencia profesional en este ámbito, pero cabe destacar que aquellas matronas que han trabajado en casa de partos relatan su experiencia como "buena" o "muy buena".
- La mayoría de los profesionales encuestados se siente "medianamente/nada preparados" para el trabajo en una casa de partos.
- Los profesionales encuestados señalaron diversos motivos para trabajar en casa de partos, salvo dos obstetras que refirieron no tener ningún motivo para trabajar en este ámbito (20%).
- Entre los principales motivos de rechazo que se señalaron entre las TCAE, la mayoría fue por falta de conocimientos en el manejo de esta atención. Entre el colectivo de matronas, un 26,4% no señala ningún motivo de rechazo y un 34% respondió "otros" (ítem que aúna

falta de conocimientos, experiencia, seguridad, etc.). El 50% de los obstetras también se decantó por la opción "otros".

- La mayoría de los profesionales englobados en los colectivos de matronas y obstetras contestó que su experiencia de parto fue "satisfactoria" o "muy satisfactoria".
- En el grupo de las TCAE, las principales motivaciones para trabajar en una casa de partos son en primer lugar, crecimiento profesional con un 37,5%, seguido de satisfacción, implicación, aplicación de la evidencia científica y novedoso con un 12,5%.
- En el grupo de matronas, los principales motivos para trabajar en una casa de partos son independencia, satisfacción, crecimiento profesional, aplicación de la evidencia científica e implicación.
- Por último, en cuanto a los obstetras, los principales motivos para trabajar en una casa de partos fueron satisfacción, crecimiento profesional, implicación, novedoso, independencia, aplicación de la evidencia científica, con un porcentaje similar todos ellos. Cabe destacar que un

20% de ellos no encuentra ningún motivo para trabajar en una casa de partos.

- Uno de los aspectos de mayor interés que se ha querido abordar con este cuestionario fue el impacto que se cree que hubiera tenido la existencia de este modelo de atención durante la pandemia por covid-19. Para ello, las dos últimas preguntas trataron este tema, un 81,1% de matronas (n= 43) respondió que se habría mejorado la atención, al igual que un 62,5% de auxiliares, frente a un minoritario 20% (n= 2) de obstetras, que coincidían con esta opinión.
- Respecto a la posibilidad de reducción de contagios, un 67% de las matronas está "total o parcialmente de acuerdo" (n= 25), al igual que un 75% de las auxiliares (n= 6), frente a un 40% de los obstetras.
- Respecto al lugar de realización de la especialidad, cabe destacar que las profesionales que más experiencia tienen, y por lo tanto más seguras se sienten para trabajar en una casa de partos, son aquellas que realizaron su formación fuera de España (Reino Unido mayoritariamente).

Conclusiones

- La atención al nacimiento en una casa de partos en Cantabria hubiese mejorado, a juicio de los participantes, la atención y la satisfacción de las familias durante su vivencia de parto y crianza en la pandemia por covid-19.
- Independientemente de la situación sanitaria mundial, la satisfacción de las mujeres respecto a la vivencia del parto mejora por el mayor cumplimiento de sus deseos y expectativas.
- La existencia de una casa de partos en Cantabria es el modelo adecuado para dar cabida a las recomendaciones internacionales existentes respecto a la asistencia a las mujeres de bajo riesgo durante su embarazo, parto y puerperio inmediato.
- La adecuada y suficiente información basada en la última evidencia científica disponible es necesaria para capacitar a las mujeres en la toma de decisiones de forma libre y segura.
- El modelo genera una mayor sensación de autonomía y satisfacción profesional, especialmente en el colectivo de matronas, por poder atender a la mujer de acuerdo con la fisiología del parto normal. Este hecho pone de manifiesto que la matrona es el profesional idóneo para la atención a mujeres de bajo riesgo.
- La formación de los profesionales precisa una especial atención a la fisiología del parto, acompañamiento y manejo del dolor con medidas no farmacológicas, así como, formación práctica dentro de una Casa de Parto.

- Es necesario trabajar con las mujeres la reconexión con su capacidad innata de parir trabajando sus fortalezas respecto a la vivencia del proceso de parto. Es necesario disminuir el intervencionismo y la medicalización del embarazo y parto.
- La población estudiada ha mostrado interés y disponibilidad para la realización del estudio; sin embargo, a la vista de los datos estadísticos del perfil sociodemográfico y los indicadores del año 2019 de Cantabria, cabe pensar que tan solo un pequeño porcentaje de mujeres cumple los criterios de inclusión en una casa de partos.

Limitaciones del estudio

- Pandemia covid-19 que dificultó en su momento el acceso al campo.
- Tamaño muestral pequeño, lo que obstaculiza la generalización de los resultados.
- Selección muestral intencional.
- Posible influencia en las mujeres a la hora de responder tras ver el vídeo por la cercanía entre los dos cuestionarios. Sería interesante hacer un estudio longitudinal volviendo a preguntar a las mujeres.
- Mujeres muy motivadas e implicadas con su gestación son las que han respondido.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital? Evid. Pediat. [internet] 2010 [citado 30 mar 2024]; 6:46. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/files/41-10923-RUTA/46Editorial.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Mortalidad Infantil. INE [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1698&tL=0>
3. Angulo-González T, Rey-Granados L, Macors S, Barbera-Rubini N. Casas de nacimientos en España. ¿Una opción segura? Matronas Prof. 2019; 20(2):27-35.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Fortaleza [internet]. ONU; 1985. [citado 30 mar 2024]. Disponible

- en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999>
5. Appropriate technology for maternal and newborn care. Bulletin of the World Health Organization [internet] 1987 [citado 30 mar 2024]; 65(1):117-24. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/264333>
 6. World Health Organization (WHO). WHO Safe Motherhood. Care in normal birth: A practical Guide [internet]. Geneva: WHO; 1998. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
 7. Department of Health. Changing Childbirth, vol. I. Her Majesty's Stationery Office. London: 1993.
 8. Umenai T, Wagner M. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int. J. Gynecol. Obstet. 2001; 75 Suppl 1. S3-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00508-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00508-2)
 9. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. Int J Gynaecol Obstet [internet] 2001 [citado 30 mar 2024]; 75:S65-S62. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0020-7292%2801%2900511-2>
 10. Sandall J, McCandlish R, Bick D. Place of birth. Midwifery 2012; 28(5):547. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.003>
 11. Schrag KM, Bauer KE. Freestanding Birth Centers: Innovation, Evidence, Optimal Outcomes. Chapter 1: Organizing for Change: History, Pioneers, and the Formation of a National Organization. Springer Publishing Company. 2015. doi: <https://doi.org/10.1891/9780826125927.0001>
 12. AABC. American Association of Birth Centers. History [internet]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.birthcenters.org/history>
 13. AABC. American Association of Birth Centers. Birth Centers are Growing [internet] 2022. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.birthcenters.org/birth-centers-are-growing>
 14. Kaufman K. History of Ontario Midwifery. Journal SOGC [internet] 1998 [citado 30 mar 2024]; 20(10):976-81. Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S0849-5831\(98\)80058-X/fulltext](https://www.jogc.com/article/S0849-5831(98)80058-X/fulltext)
 15. Wilson K. 25 years on: What midwifery in Canada has achieved and what it still needs. The Conversation [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://theconversation.com/25-years-on-what-midwifery-in-canada-has-achieved-and-what-it-still-needs-120210>
 16. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Matronas Prof. [internet] 2014 [citado 30 mar 2024]; 15(2):62-70. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wpcontent/uploads/2018/01/especial-atencion-al-parto-ocde.pdf>
 17. Public Health Agency of Canada. Government of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Chapter 4. Care during labour and birth. Government of Canada 2021.
 18. Government of Canada. Statistics Canada. Births. Government of Canada [internet] 2020. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210928/dq210928d-eng.htm>
 19. Murray-Davis B, Grenier LN, Mattison C, Marlott AM, Cameron C, Li J, et al. Mediating expectations and experiences that influence birth experiences in Canada's first Alongside Midwifery Unit. Birth Issues in Perinatal Care [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12744>
 20. Sprague Ann E, Sidney D, Darlling E, van Wagner V, Sonderstrom B, Rogers J, et al. Outcomes for the First Year of Ontario's Birth Center Demonstration Project. Journal and Midwifery & Women's Health [internet] 2018 [citado 30 mar 2024]; 63(5):532-40. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12884>
 21. Ortega-Barreda E, Cairós-Ventura LM, Clemente-Concepción JA, Rojas Linares C, Pérez-González AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. Ene [internet] 2017 [citado 30 mar 2024]; 11(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1988348X2017000100005
 22. Canadian Association of Midwives CAM ACSF. Discover Midwifery Across Canada. CAM ACSF [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://canadianmidwives.org/about-midwifery/#:~:text=In%202021%20there%20were%201%2C892%20midwives%20who%20supported%2048%2C420%20births.&text=What%20is%20a%20Midwife%3F>
 23. Netzwerk der Geburtshäuser [internet]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/>
 24. IGGH-CH Association Suisse des Maisons de Naissance. Liste des maisons de naissance Suisse 2023. [internet]. [citado 30 mar 2024]. Disponible: <https://www.geburtsHaus.ch/maisons-de-naissance.html>
 25. IGGH-CH. Association Suisse des Maisons de Naissance. Définition Maison de Naissance [internet]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.geburtsHaus.ch/definition-maisons-de-naissance.html>

26. IGGH-CH. Association suisse des maisons de naissance. Rapport statistique des maisons de naissance suisses. Données 2022. IGGH-CH [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.geburtshaus.ch/uploads/Statistik_Berichte/IGGH_Statistik_Bericht_2022_FR_Reports%5B95%5D.pdf
27. Office Fédéral de la Statistique. Naissances vivantes selon l'âge de la mère et le canton, de 1970 à 2022. BFS [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/naissances.assetdetail.25565563.html>
28. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Qualitätsbericht [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2020.pdf
29. Walsh D, Spiby H, McCourt C, Coleby D, Grigg C, Bishop S, et al. Factors influencing utilisation of 'free-standing' and 'alongside' midwifery units for low-risk births in England: a mixed-methods study. Health Services and Delivery Research [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 8(12). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/2/e033895>
30. Midwifery Unit Net work [sede web]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/>
31. Charrier P. Diversification des lieux de naissance en France: le cas des Maisons de naissance. Recherches familiales [internet] 2015 [citado 30 mar 2024]; 1(12):71-83. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-71.htm#no206>
32. Ministère de Travail, de Santé et de Solidarités. Les maisons de naissance, 2022. Ministère de Travail, de Santé et de Solidarités [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
33. IPSOS. Les maisons de naissance par 9 Françaises sur 10. IPSOS [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-maisons-de-naissance-plebiscitees-par-9-francaises-sur-10>
34. Le Monde. Le gouvernement doit relancer le développement des maisons de naissance. Le Monde [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/02/13/le-gouvernement-doit-relancer-le-developpement-des-maisons-de-naissance_6161646_3232.html#:~:text=En%202020%2C%20dans%20un%20sondage,ainsi%20refuser%20de%20nombreuses%20demandes
35. Plata Quintanilla RM, Díez Ibarbia A, Fernández García E. ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario en Holanda. Matronas Hoy [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]; 10(3):49-61. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/250/el-fin-del-modelo-de-asistencia-al-parto-y-nacimiento-en-los-paises-bajos-la-realidad-del-parto-domiciliario-en-holanda/>
36. Perined. Perinatale zorg in Nederland anno 2020. Perined [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/3d6a2b46-aa8a-417e-a55e-de-0184fe2078.pdf>
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf
38. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [internet] núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
39. Colectivo de Salud Acuario. Alicante. España. [internet] 2020. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://static1.squarespace.com/static/5ebf0940fea442506ed530a0/t/5f0b221ee9cddf559fb80e36/1594565158906/Colectivo+de+Salud+ACUARIO+Alicante+_Espan%CC%83a_.pdf
40. Migjorn. Casa de Naixements [sede web]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://migjorn.net/presentacion/#:~:text=Nacemos%20en%20el%20a%2C%3%B1o%202000,la%20maternidad%20y%20la%20crianza>
41. Manises Departament de Salut. El Hospital de Manises inaugura su "Casa de Partos", la primera integrada en un hospital de la red pública [internet]. Valencia: Hospital Manises; 2014. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalmanises.es/el-hospital-de-manises-inaugura-su-casa-de-partos-la-primera-integrada-en-un-hospital-de-la-red-publica/>
42. Collegi Oficial d'Infermers i Infermeres de Castelló (COECS). Confirma la puesta en marcha el año próximo de la casa de partos en el Hospital de la Plana [internet]. Castellón de la Plana: COECS; 2022. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://coeecs.com/sanitat-confirma-la-puesta-en-marcha-el-ano-proximo-de-la-casa-de-partos-en-el-hospital-de-la-plana/>
43. Colegio de Enfermería de Alicante. Organizaciones de madres y profesionales acuden a las Cortes para que se retome la Casa de Partos del Hospital Universitario de La Plana. Fe [internet]. Alicante: Colegio de Enfermería de Alicante; 2024. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.papelesdeenfermeria.com/organizaciones-de-madres-y-profesionales-acuden-a-las-cortes-para-que-se-retome-la-casa-de-partos-del-hospital-universitario-de-la-plana/>
44. Diario Dicen. El Hospital Sant Joan de Déu de Martorell abrirá una casa de partos gestionada exclusivamente por matronas. Diario Dicen [internet] 2017 [citado 30 mar 2024].

- Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-hospital-sant-joan-de-deu-de-martorell-abrira-una-casa-de-partos-gestionada-exclusivamente-por-matronas-DDIMPORT-050308/>
45. El periódico. Cierra temporalmente la primera casa de partos naturales de Catalunya por falta de matronas. El Periódico [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20230105/casa-parto-natural-hospital-martorell-cierra-matronas-80746923>
 46. Alonso-Colon M, Ramis-Prieto R. Partos por cesárea en España (2010-2018). Boletín Epidemiológico Semanal. 2023; 31(1):44-55.
 47. Eurostat. Large differences in share of caesarean births. Eurostat [internet] 2029 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1>
 48. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Información y Estadísticas Sanitarias 2021 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
 49. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Datos asistencia Obstétrica 2019-2023. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2024.
 50. National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU). Birthplace in England Research Programme. NPEU [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace#the-birthplace-cohort>
 51. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England National Prospective Cohort Study. BMJ [internet]. 2011 [citado 30 mar 2024]; 343:1-13. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7400.full.pdf>
 52. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
 53. Van Haaren-ten Haken TM, Hendrix M, Smits LJ. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [internet]. 2015 [citado 30 mar 2024]; 15(1):33. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0455-x>
 54. Hollowell J, Li Y, Bunch K, Brocklehurst P. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of "low risk" births in the birthplace in England cohort. BMC Pregnancy Childbirth [internet] 2017 [citado 30 mar 2024]; 17(1):95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359981/>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Curso de Cuidados Enfermería en Urgencias Vitales
- Cursos de Recepción y Clasificación en Urgencias
- Curso de Actuación de Enfermería en Neurocirugía, Cirugía Pediátrica y Ginecológica. Trasplante de Órganos
- Curso sobre Comunicación Terapéutica
- Cursos de Salud Laboral y Enfermería del Trabajo
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>



¹ Ana Fernández García
² Elena Fernández García
³ Leticia Lledó Gómez
⁴ María Rives Molina

Endometritis puerperal tardía: a propósito de un caso

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Tordesillas. Valladolid (España)

² Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona). C.S Soldevilla. Madrid (España)

³ Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante (España)

⁴ Matrona. Hospital Saint Mary's. Manchester (Reino Unido)

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

Fecha de recepción: 28 de febrero de 2024.

Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2024.

Cómo citar este artículo:

Fernández García A, Fernández García E, Lledó Gómez L, Rives Molina M. Entrometritis puerperal tardía: a propósito de un caso. *Matronas Hoy* 2024; 12(1):25-35.

Resumen

Introducción: la endometritis posparto es la causa más común de infección después del parto y se produce cuando los organismos vaginales invaden la cavidad endometrial, mayoritariamente bacterias que ascienden desde el tracto urogenital o gastrointestinal durante el proceso de parto, causando una inflamación localizada en el endometrio, el revestimiento interno del útero. Esto es más común después de una cesárea y requiere tratamiento inmediato. La endometritis posparto puede ser de aparición temprana, dentro de las 48 horas posteriores al parto, o tardía como en el caso expuesto, dentro de las seis semanas posteriores al parto.

Objetivo: actualizar el conocimiento de los signos y síntomas más comunes de endometritis posparto tardía y su manejo clínico en la práctica diaria.

Material y método: estudio y análisis de caso clínico real de endometritis puerperal tardía, con soporte de bibliografía relacionada.

Discusión y conclusiones: la endometritis posparto es la infección posparto más común y debe sospecharse en cualquier paciente posparto con fiebre inexplicable, aunque hay que establecer un diagnóstico diferencial. La incidencia de endometritis posparto se ve afectada principalmente por el modo de parto, siendo uno de los factores de riesgo los partos instrumentales, como en el caso expuesto. El tratamiento en todos los tipos de endometritis es con antibióticos adecuados y a la mayor brevedad posible, dado que la demora de actuación repercute sobre la gravedad de la endometritis y las potenciales complicaciones derivadas, incluso sepsis.

En el caso analizado, la atención por sospecha de endometritis, posteriormente confirmada, fue rápida y eficaz.

Es vital disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica de manera regular y uso de precauciones estándar o precauciones basadas en la transmisión para evitar la propagación de las infecciones nosocomiales en los hospitales.

Palabras clave: endometriosis; médico de Atención Primaria; factores de riesgo; fiebre puerperal; bacterias, infección; sepsis; revisión uterina obstetras; matronas; *Klebsiella pneumoniae*.

Abstract

Late postpartum endometritis: regarding a case

Introduction: postpartum endometritis is the most common cause of infection after delivery, and it occurs when the vaginal organisms invade the endometrial cavity, mostly bacteria moving up from the urogenital or gastrointestinal tracts during the labour process, causing a localized inflammation in the endometrium, the internal lining of the uterus. This is more common after a caesarean section, and requires immediate treatment. Post-partum endometritis can appear early on, within 48 hours after delivery, or late as in the case presented, within six weeks after delivery.

Objective: to update the knowledge regarding the most common signs and symptoms of late postpartum endometritis and its clinical management in daily practice.

Materials and method: study and analysis of a real clinical case of late postpartum endometritis, supported by relevant bibliography.

Discussion and conclusions: postpartum endometritis is the most common postpartum infection, and must be suspected in any postpartum patient presenting unexplained fever, although a differential diagnosis must be established. The incidence of postpartum endometritis is mostly affected by the mode of delivery; one of the risk factors is having an instrumental delivery, as in the case presented. For all types of endometritis, treatment must be initiated with adequate antibiotics and as early as possible, because a delay in action will have impact on the severity of the condition and the potential complications derived, including sepsis.

In the case analysed, there was fast and effective care for suspected endometritis, which was subsequently confirmed.

It is essential to have an epidemiological surveillance system regularly established, and to use standard or transmission-based precautions, in order to prevent nosocomial infections from spreading at hospitals.

Key words: endometritis; family doctor; risk factor's; postpartum fever; bacteria; infection; sepsis; uterine examination by obstetricians; midwives; *Klebsiella pneumoniae*.

Introducción

Una de las causas más comunes de fiebre en el posparto es la endometritis¹. La fiebre puerperal se presenta cuando se constata una temperatura termometrada superior a 38 °C, en dos ocasiones separadas de al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta seis semanas posparto^{1,2}. Las causas más frecuentes de fiebre puerperal son (por orden de prevalencia) mastitis, infección herida quirúrgica (cesárea, episiotomía, colecciones intraabdominales) y endometritis³.

La endometritis posparto es una infección del útero causada por bacterias que ascienden desde el tracto genital o gastrointestinal⁴. Entre su sintomatología se encuentra el dolor uterino espontáneo, el dolor pelviano o abdominal, la fiebre, el malestar general y, a veces, el flujo vaginal inusual^{5,6} (Tabla 1).

Debido a la necesidad de actuación rápida ante casos de endometritis, el diagnóstico suele ser clínico, puesto que los resultados microbiológicos (y en caso positivo antibiograma) se demoran, por su complejidad, días. El tratamiento inicial e inmediato se hace mayoritariamente con antibióticos de amplio espectro⁷. El principal tratamiento para la endometritis es la antibioterapia, pasadas las primeras 48-72 horas del inicio de esta, el 90% de las pacientes presenta una mejoría significativa³.

Objetivos

Objetivo principal

- Actualizar el conocimiento de los signos y síntomas más comunes de endometritis posparto tardía y su manejo clínico en la práctica diaria.

Objetivos secundarios

- Identificar a las pacientes que presenten dicha clínica para actuar lo más rápido posible dentro de su papel

en el equipo multidisciplinario de Atención Primaria y Especializada y prevenir sepsis.

- Contribuir con la exposición de este caso a alertar sobre la posibilidad de que en la práctica diaria de matronas, médicos de familia y obstetras pueden encontrarse esta situación que aunque sea poco frecuente, no es excepcional y requiere atención inmediata.
- Ayudar a establecer diagnóstico diferencial en mujeres con fiebre en el posparto.
- Resaltar la importancia de seguir los últimos protocolos basados en evidencia científica para evitar errores humanos y mejorar la atención del paciente.

Material y método

Estudio y análisis de caso clínico real de endometritis puerperal tardía, con soporte de bibliografía relacionada.

Factores de riesgo, etología, patogenia e incidencia de endometritis puerperal

El caso clínico que se presenta es una endometritis tardía que se engloba en el 15% de las endometritis y ocurre entre la 1ª-6ª semana posparto^{7,8} frente a la mayoría de los casos de endometritis (temprana), que se desarrollan en la primera semana después del parto (a partir de las 48 horas posparto)⁷.

El mecanismo de contagio va a depender de la vía de parto, siendo la cesárea el principal factor de riesgo, aumentando la incidencia en un 25% comparado a un parto por vía vaginal, entre el 1%-3% de los casos^{9,10}. En el caso de parto por vía vaginal, la principal fuente de contagio es la vía ascendente de microorganismo del tracto genitourinario con una sobreinfección concomitante (lo que se conoce como *autoinfección*). Aunque existen otros factores asociados como el exceso de manipulación, la presencia de cuerpos extraños (como restos ovulares) y la realización de episiotomías¹⁰.

Tabla 1. Características clínicas de los criterios clínicos de endometritis. Tomada de Osorio J. et al⁶

Características clínicas	Sensibilidad	Especificidad
Dolor abdominal	93% (IC 95% 90,6-96,3%)	7,4% (IC 95% 4,8-10,7%)
Dolor movimiento cérvix	91,6% (IC 95% 88-94,5%)	12,6% (IC 95% 9,3-16,7%)
Hipersensibilidad uterina	94,2% (IC 95% 91-96,5%)	5,3% (IC 95% 3,1-8,2%)
Dolor anxial	95,5% (IC 95% 92,6-97,5%)	3,8% (IC 95% 2,1-6,45%)
Leucocitosis (< 10.000)	41,1% (IC 95% 35,1-47,3%)	76,1% (IC 95% 70,6-80%)
Criterios CDC	83,30	21,80
Loquios purulentos	70,7% (IC 95% 74,6-84,2%)	29,8% (IC 95% 24,8-35%)
Tª > 38 °C	11,1% (IC 95% 7,8-15,2%)	94% (IC 95% 91,7-96,9%)

La etiología de la endometritis posparto es bastante diversa. Los trastornos predisponentes generales incluyen rotura prolongada de membranas, trabajo de parto prolongado, examen digital cervical repetido, corioamnionitis, monitorización interna fetal o uterina, cesárea, retención o extracción manual de fragmentos placentarios en el útero, hemorragia posparto, colonización bacteriana del tracto genital inferior, vaginosis bacteriana, anemia, diabetes, edad materna joven y bajo estado socioeconómico¹⁰; factores de riesgo específico en los tres periodos (gestación, parto y posparto) que se detallan en el Cuadro 1, de entre los cuales la cesárea se destaca como la causa principal de endometritis en la actualidad.

Las tasas de endometritis después de una cesárea electiva son cercanas al 10% y en algunas fuentes se documenta hasta de 30% después de una cesárea no electiva si no se emplea un antibiótico profiláctico¹⁰.

Respecto a la microbiología, las infecciones suelen ser polimicrobianas y los patógenos más comunes incluyen cocos grampositivos (estreptococos del grupo B *Streptococci*, *Staphylococcus epidermidis* y *Enterococcus*), anaerobios (bacteroides y prevotella) y bacterias gramnegativas (*Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*)^{10,11}.

La infección se puede localizar en el endometrio (endometritis), el parametrio (parametritis) y/o el miometrio (miometritis)¹⁰.

Morbimortalidad: prevenir la sepsis

Normalmente, no hay efectos perdurables si la endometritis posparto es identificada y tratada rápido. Sin embargo, si no es tratada puede derivar en sepsis, una infección que

se desarrolla por el torrente sanguíneo y puede ser mortal^{12,13}.

La Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos y la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos convocaron un grupo de trabajo de 19 especialistas en cuidados críticos, enfermedades infecciosas, cirugía y pulmonares en enero de 2014 para diferenciar la sepsis de la infección no complicada y actualizar las definiciones de sepsis y shock séptico para que fueran consistentes con una mejor comprensión de la patobiología. Los resultados se exponen en el III Congreso Internacional para Sepsis y Shock.

Séptico de 2016¹⁴; sin embargo, estos criterios pueden sobre o infraestimar el diagnóstico en mujeres gestantes y puérperas, dados los cambios fisiológicos que se presentan durante la gestación (y el puerperio). Por tanto, se ha implementado el uso de un sistema modificado del original q-SOFA (*quick- Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment*) por el q-SOFA obstétrico, que aumenta la sensibilidad (del 37,5% al 81,2%) y la especificidad (del 72,2% al 75%) en detección de sepsis (Figura 1).

Todo personal sanitario en contacto directo con mujeres gestantes y puérperas (fundamentalmente matronas y obstetras y médicos de Atención Primaria) deben saber identificar a las pacientes con sepsis y riesgo elevado de sepsis, ya que es el principal factor pronóstico en la evolución de estas pacientes¹⁵. En países desarrollados, la sepsis materna es poco común, con una incidencia entre el 0,1%-0,3% de los casos, siendo el puerperio la etapa de mayor riesgo. La sepsis causa un 10% de las muertes maternas y un 15% de los ingresos obstétricos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)¹⁵.

Cuadro 1. Factores de riesgo específico de endometritis. Tomado de Chavarri Guillen et al.¹⁰

Durante el embarazo	Durante el parto	Durante la cesárea
Control prenatal deficiente	Trabajo de parto prolongado	Técnica quirúrgica inadecuada
Aborto inducido en condiciones de riesgo de salud	Exploraciones vaginales múltiples (> 5 exploraciones)	Tiempo quirúrgico prolongado
Infecciones de vías urinarias	Corioamnionitis	Cesárea de urgencia
Infecciones cervicovaginales	Parto instrumentado (utilización de fórceps)	RPM > 6 h
Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos	Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados	
Rotura prematura de membranas (RPM) de < 6 h de evolución	Revisión manual de cavidad uterina	
Óbito fetal	Pérdida hemática < 500 ml	

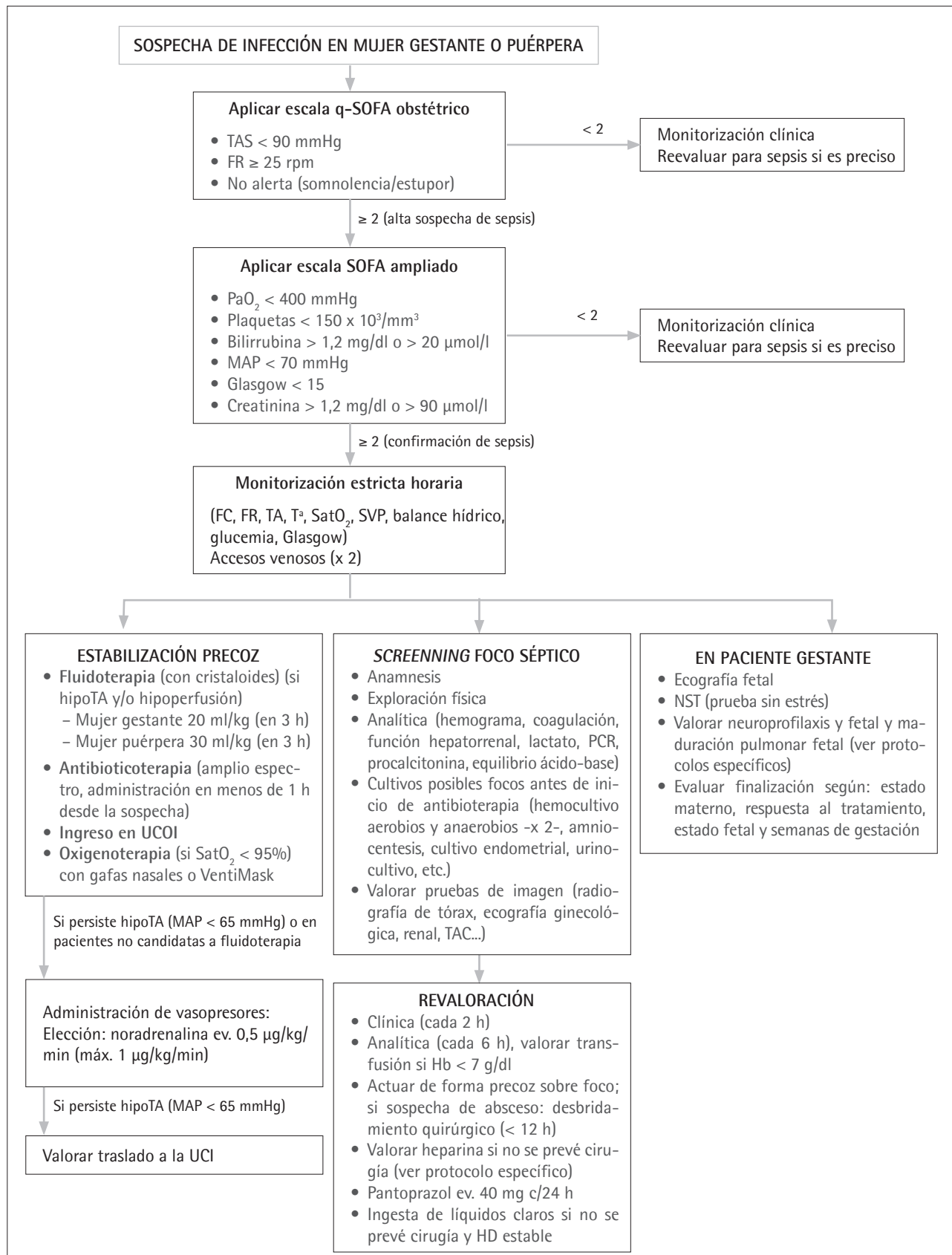


Figura 1. Algoritmo general de actuación ante sospecha de infección o sepsis en mujeres puérperas¹⁵

Las causas de sepsis en la población obstétrica difieren de las de la población general. Un estudio de las muertes maternas relacionadas con sepsis en EE.UU. a nivel nacional en 2019, durante y después de hospitalización tras el parto, mostraron las infecciones desencadenantes de sepsis, de las cuales las mayoritarias fueron las genitourinarias (44%), seguidas de las respiratorias (16%), como indica el Gráfico 1¹⁶.

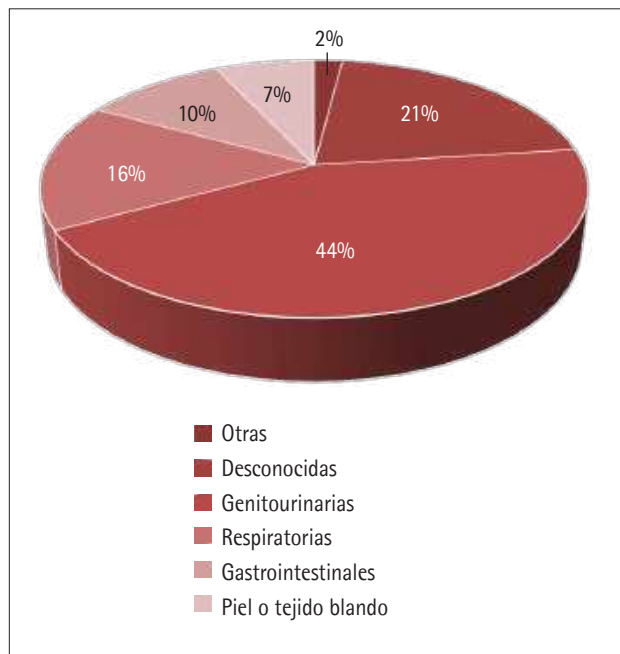


Gráfico 1. Fuentes más frecuentes de infección materna asociadas a episodios de sepsis durante y después de la hospitalización por parto. EE.UU. (2019)¹⁶

Entre el año 2018-2020 en el Reino Unido, 34 mujeres murieron durante el embarazo y las seis primeras semanas posparto debido a sepsis o infecciones (17 directamente de sepsis, 8 indirectamente y 9 de infecciones por covid-19). Estadísticamente hablando, es un importante ascenso desde 2012-2014 y a pesar de las mejoras en los sistemas de salud, la sepsis y las infecciones son una causa importante de morbilidad materna en el Reino Unido^{17,18}.

Más recientemente (2023) un estudio de casos sintomáticos de sepsis materna, entre los años 2000-2021 en hospitales de China, arrojó los siguientes resultados: tracto genital 29%, IU/pielonefritis 12% (porcentaje similar al descrito por Hemsley sobre causas genitourinarias) aunque hay variaciones en las demás, neumonía 38%, tracto digestivo 14% y otras 8%, a expensas principalmente de la disminución de causas desconocidas que apuntaba el primero en su análisis¹⁹.

En comparación, las fuentes más comunes de infección para pacientes no obstétricas ingresadas en la Unidad de

Cuidados Intensivos con sepsis fueron infecciones respiratorias, abdominales y del torrente sanguíneo²⁰.

El caso clínico presentado se centra exclusivamente en las causas de admisión por sepsis posparto, que por orden de relevancia las más comunes son endometritis, mastitis, gastrointestinal e infección de heridas^{16,21}. El conocimiento de los patógenos que causan cada tipo de sepsis es esencial para conocer el mejor manejo de la paciente y la antibioterapia a la que es sensible²². El concepto de la "hora dorada de la sepsis" resalta la importancia del inicio oportuno del tratamiento con antibióticos para mejorar los resultados. Por eso, el inicio de los antibióticos nunca debe retrasarse más de una hora si los cultivos no se pueden recolectar de manera oportuna, y la recolección de cultivos aún se recomienda incluso después de que se hayan iniciado los antibióticos. Ciertamente que el tiempo de respuesta de laboratorio con los cultivos y antibiogramas, fundamentalmente, impiden aplicar el antibiótico específico. Sin embargo, utilizar un tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro es la medida correcta porque la mera "sospecha de sepsis se trata de una emergencia obstétrica"²².

Diagnóstico diferencial de endometritis posparto

En mujeres con fiebre posparto, pero dolor uterino mínimo o nulo o flujo vaginal purulento, se han de considerar otras fuentes de fiebre posparto. Algunos de estos trastornos pueden diagnosticarse o excluirse únicamente mediante la anamnesis y el examen físico; en el resto, los estudios de laboratorio y/o de imagen aclararán el diagnóstico.

- La infección del sitio quirúrgico (incisión de parto por cesárea, incisión de episiotomía, laceraciones perineales) suele ser evidente en el examen físico del sitio quirúrgico (p. ej.: eritema local, edema y/o dolor a la palpación).
- La mastitis o el absceso mamario suelen ser evidentes en el examen físico de la mama (p. ej.: eritema local, edema y/o dolor a la palpación) y suelen ocurrir más tarde en el curso posparto. La congestión mamaria también puede provocar fiebre baja en mujeres en posparto.
- La pielonefritis caracterizada por fiebre (> 38 °C), escalofríos, dolor en el flanco, sensibilidad en el ángulo costovertebral y posiblemente síntomas del tracto urinario inferior. La piuria y/o un urocultivo positivo apoyan el diagnóstico.
- La neumonía por aspiración se presenta con fiebre, disnea y posiblemente hipoxemia. La auscultación pulmonar puede revelar crepitantes difusas y una radiografía de tórax mostrará infiltrados.
- La fiebre inexplicable con dolor de espalda significativo después de un anestésico neuroaxial, especialmente cuando se acompaña de síntomas neurológicos, puede deberse a una infección o inflamación de la médula es-

pinal. Está indicada la consulta con los servicios de anestesia y neurología.

- La colitis pseudomembranosa debida a *Clostridium difficile* es una causa poco común, pero potencialmente grave, de fiebre posparto. Ha de considerarse en mujeres posparto que tienen fiebre baja, síntomas abdominales y gastrointestinales y exposición reciente a antibióticos.
- Cualquier trastorno asociado con fiebre, como la apendicitis o el síndrome viral, puede presentarse con fiebre en el posparto.

Los hallazgos clínicos orientan la evaluación diagnóstica y el diagnóstico diferencial⁸.

Presentación del caso

Parto (24-1-2024)

Primigesta de 41+1 sg, de 33 años de edad, que ingresa el día 24-01-2024 a las 09:00 h para inducción programada del parto por gestación cronológicamente prolongada. No alergias medicamentosas conocidas. AP: asma estacional. IQx: amigdalectomía, fibroadenoma. G1, AO, P0. Embarazo de bajo riesgo, sangrados durante gestación sin identificar causa.

9 h. Inducción mediante Propess[®], que retiran a las dos horas por hipertonia sin afectación fetal, continuando la dilatación de forma espontánea.

12 h. Analgesia epidural amniorrexis espontánea (L. Claro) 12 h.

19 h. Avisan durante expulsivo para valoración de RCTG. Se realiza ventosa tipo Kiwi en III plano para alivio de expulsivo + RPBF.

19:22 h. Expulsión fetal: nace RN vivo, lloró en campo, pH 7.23.

Duración de la inducción: 10 h. Tiempo de bolsa rota: aprox. 7 h.

Episiotomía MLD. Episiorrafia con sutura continua.

Se realiza una revisión del canal del parto con valvas. Cérvix friable y elongado, sin desgarras aparentes. Se deja Espingostan[®] y se pauta 1 g de Amchafibrin[®] (ácido tranexámico) con efecto fibrinolítico que se excreta por la leche materna, pero en una cantidad indetectable o clínicamente no significativa pues la concentración medida en leche es el 1% de la concentración plasmática²³.

En este caso, al tratarse de una inyección única, evidentemente, no resultó problemático para el recién nacido, siendo especialmente de utilidad para la madre.

Diagnóstico principal: parto con ventosa y hemorragia posparto.

• Resumen de pruebas complementarias al alta (15-1-2024): laboratorio: analítica de sangre Hb. puerperal al alta: 10,9 g/dl. Grupo sanguíneo: A+; cultivo SGB: negativo.

• Seguimiento al alta: seguimiento por Atención Primaria.

Evolución en domicilio (25-1/ 8-2-2024)

Mujer puérpera que en el 17 día del posparto (7 de febrero) comenzó con un pico febril de 39 °C sobre las 20 h que cedió en casa con paracetamol 1 g + ibuprofeno 400 mg.

En torno a las 2 am siente un nuevo pico febril, fiebre termometrada de 40 °C, por lo que se autoadministró nuevamente paracetamol 1 g + ibuprofeno 400 mg.

A las 8 de la mañana la fiebre se mantiene en 38,5 °C, y se asocia ya con mareos, malestar general brusco con deterioro con respecto a la tarde anterior, por lo que decide acudir a Urgencias.

Hasta el momento de acudir a Urgencias con todo el cortejo descrito, no tuvo ningún signo/síntoma, buen estado general, loquios de aspecto normal, buen olor y sin incidencias. Episiotomía mediolateral cicatrizada en perfecto estado. Lactancia materna exitosa y mamas en buen estado. *Streptococcus agalactiae*, grupo B (SGB) + en exudado vaginal-rectal en semana 36 de gestación, por lo que se le aplicó la profilaxis antibiótica habitual con penicilina durante el parto.

Informe clínico de urgencias (8-2-2024)

09:22 h.

Historia actual:

Mujer de 33 años de edad.

No alergias medicamentosas conocidas.

AP: asma estacional.

IQ^a: fibroadenoma, amigdalectomía.

Tratamiento: vitaminas, hierro.

Parto con ventosa el día 24-1-2024. Hoy acude a Urgencias por síndrome febril de más de 12 h de evolución con temperatura máxima en domicilio 40 °C. Lactancia materna exclusiva. No presenta síntomas respiratorios ni digestivos. No tiene dolor mamario. Metrorragia escasa. Refiere loquios de aspecto normal.

Ha tomado ibuprofeno y paracetamol con mejoría clínica y control de temperatura.

Exploración física:

Fecha toma: 08-2-2024.

09:43 h.

Sistólica: 120 mm(hg), diastólica: 76 mm(hg), PAM: 86 mm(hg), FC: 106/min, SpO₂: 99%.

Tª: 38,4 °C.
 Escala dolor: OEVA.
 Buen estado general. No impresiona de gravedad.
 Mamas: leve ingurgitación mamaria. No signos de mastitis aguda.
 Abdomen: blando y depresible, útero bien contraído.
 GE: sin alteraciones
 Especuloscopia: cérvix y vagina bien epitelizados.
 Episiorrafia en buen estado.
 Eco TV: útero en anteversión con presencia de imágenes hiperecogénicas en interior de cavidad endometrial que podrían corresponder a restos retenidos vs coágulos de 24 mm. No captan doppler, anejos sin alteraciones. No líquido libre en Douglas.

Evolución y comentarios:

08-2-2024

10:27 h: se realiza protocolo de fiebre puerperal.

Se extrae analítica de sangre urgente, urocultivo y hemocultivos junto a la aspirada endometrial para cultivo. Con sospecha elevada de endometritis, se decide ingreso hospitalario y se inicia antibioterapia empírica iv con ceftriaxona y metronidazol y se indica legrado aspirativo una vez haya cumplido las ayunas (última ingesta líquidos y sólidos a las 08:00 h).

Diagnóstico principal:

Fiebre puerperal.

Observaciones: sospecha de endometritis.

Anamnesis

En Urgencias, rápidamente orientaron el diagnóstico de endometritis al descartar factores de riesgo de fiebre puer-

peral de origen materno y relacionados con el parto, pero ninguno relacionado con el posparto (Cuadro 2).

- Maternos: SGB+ en semana 35⁶.
- Intraparto: revisión de la cavidad uterina tras sangrado posparto. Se confirmó con la historia clínica que la paciente no recibió antibioterapia en el puerperio.

Exploración física

Tras la identificación de factores de riesgo se realizó una exploración física por sistemas y ginecológica completa:

- Afebril, hemodinámicamente estable.
- Mamas: leve ingurgitación mamaria. No signos de mastitis aguda.
- Abdomen: blando y depresible, útero bien contraído.
- GE: sin alteraciones.
- Especuloscopia: cérvix y vagina bien epitelizados.
- Episiorrafia en buen estado.
- Eco TV: útero en anteversión con presencia de imágenes hiperecogénicas en interior de cavidad endometrial que podría corresponder a restos retenidos vs coágulos de 24 mm. No captan Doppler. Anejos sin alteraciones. No líquido libre en Douglas.

Con estos hallazgos, clínica y tras la realización de ecografía transvaginal se decidió ingresar a la paciente por sospecha de endometritis, iniciando un tratamiento antibiótico empírico, debido al largo tiempo de respuesta analítica por la complejidad y el tiempo que requieren los cultivos microbiológicos, y se llevó a cabo el legrado quirúrgico al momento de completar el ayuno preoperatorio.

Cuadro 2. Factores de riesgo de fiebre puerperal ²	
Factores de riesgo	
Maternos	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunodepresión materna (diabetes mellitus, tto. inmunosupresor, corticoterapia, VIH, enf. sistémicas-lupus eritematoso sistémico, esclerodermia) • SGB positivo • Obesidad (inf. herida quirúrgica)
Intraparto	<ul style="list-style-type: none"> • Duración, tiempo de amniorraxis, prematuridad • Cesárea (urgente>curso de parto> electiva) • Parto instrumentado • Alumbramiento manual • Revisión manual de la cavidad
Posparto	<ul style="list-style-type: none"> Anemia (Hb< 8 g/dl) Seroma/hematoma herida quirúrgica, drenaje, limpieza/cuidado insuficiente de la herida quirúrgica

Pruebas complementarias

Se solicitaron al ingreso:

- Analítica general con hemograma, PCR y pruebas de coagulación, en la que se observa alteración de la serie blanca y un resultado de proteína C reactiva alta, como correspondía con la supuesta infección y fibrinógeno alto, como marcador infamatorio (resultados finales disponibles 8-2-2024).
- Urinocultivo de micción espontánea. (Negativo) (resultados finales disponibles 19-2-2024).
- Hemocultivos (HC): negativos tanto en el vial aerobio como anaerobio de sangre periférica de las dos tomas, así como negativo el cultivo de hongos en el estudio micológico de ambas extracciones (resultados finales disponibles 13-2-2024).
- Exudado quirúrgico que resultó positivo por *Klebsiella pneumoniae* (resultados finales disponibles 15-2-2024).

Tratamiento utilizado

- Tratamiento antibiótico endovenoso: se usaron antibióticos de 1ª elección: ceftriaxona 1 g/12-24 h ev + metronidazol 500 mg/12 h ev. Se continúa con antibioterapia intravenosa y antitérmicos el 9 y 10 de febrero de 2024 sin realizar ningún pico febril.
- Legrado aspirativo por presencia de coágulos intrauterinos.

Con respecto a las recomendaciones de la mayoría de protocolos hospitalarios para el tratamiento de la fiebre puerperal, y concretamente por causa de endometritis, este caso coincide con no pautar heparina de bajo peso molecular (HBPM) en dosis profilácticas durante el ingreso, al menos hasta completar 10 días de tratamiento (2-15); se toma la medida, por valorar el factor riesgo individual como ausente, dada la pronta respuesta a la antibioterapia con la consiguiente recuperación y movilización de la paciente.

Evolución en planta

La paciente fue ingresada en planta junto con su hijo lactante; tras legrado pudo continuar con la lactancia materna.

La noche del ingreso (8-2-2024), horas más tarde del legrado, la temperatura bajó a 37,6 °C. Al día siguiente afebril con temperaturas entre 36 °C-36,5 °C.

Al 3^{er} día de ingreso la analítica solo tuvo marcadores alterados discretamente en la serie blanca: linfocitos 16,5%, eosinófilos 7,1%, serie roja y coagulación (normales). Se pasó la antibioterapia ev. a tratamiento oral.

Alta de la paciente (11-2-2024)

El día 11 de febrero de 2024 se dio de alta a la paciente debido a correcta evolución clínica tras 48 horas afebril, se pautó tratamiento oral empírico domiciliario y se la citó en un mes en consulta de Ginecología general para revisión (Imagen 1).

Resultados de microbiología

El agente patógeno identificado fue *Klebsiella pneumoniae*. Esta bacteria está implicada en infecciones nosocomiales principalmente²⁴ y causa infecciones del tracto urinario, neumonías, sepsis, infecciones de tejido blandos y de heridas quirúrgicas²⁵. Debido a su elevada capacidad de diseminación nosocomial^{26,27}, y las características de esta bacteria, fue indudablemente transmitida en el momento del parto (exploraciones vaginales, parto con ventosa), posparto inmediato (revisión de la cavidad uterina) sin tratamiento antibiótico profiláctico posterior.

Las infecciones nosocomiales o las adquiridas durante la asistencia sanitaria son la causa más prevenible de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados. Ocasionan efectos incalculables en sus vidas, deterioran la imagen de los equipos asistenciales, de los hospitales y del sistema sanitario y causan un impacto enorme en la economía del país, poniendo a prueba la sostenibilidad de los programas de salud. La erradicación como reducción permanente a cero de las infecciones nosocomiales es una utopía. Es inevitable un riesgo inherente a cualquier procedimiento invasivo realizado durante la hospitalización en pacientes frágiles. Sin embargo, sí es posible su eliminación, entendida como la reducción máxima del número de infecciones mediante un esfuerzo continuado de prevención²⁸.

Discusión, conclusiones e implicaciones para la práctica

- Los antibióticos profilácticos son una opción para prevenir la endometritis posparto, especialmente en mujeres que han tenido un parto instrumental con revisión manual de cavidad y sangrado, importante circunstancia que además incrementa el caldo de cultivo para bacterias preexistentes en cavidad endometrial; tratamiento que en el caso no se aplicó y probablemente hubiera evitado la endometritis sufrida.
- El agente patógeno identificado como causante de la endometritis de este caso fue *Klebsiella pneumoniae*, bacteria que, por sus características y su elevada capacidad de diseminación nosocomial, indudablemente fue transmitida en el momento del parto (exploraciones vaginales, parto con ventosa), posparto inmediato (revisión de la cavidad uterina).

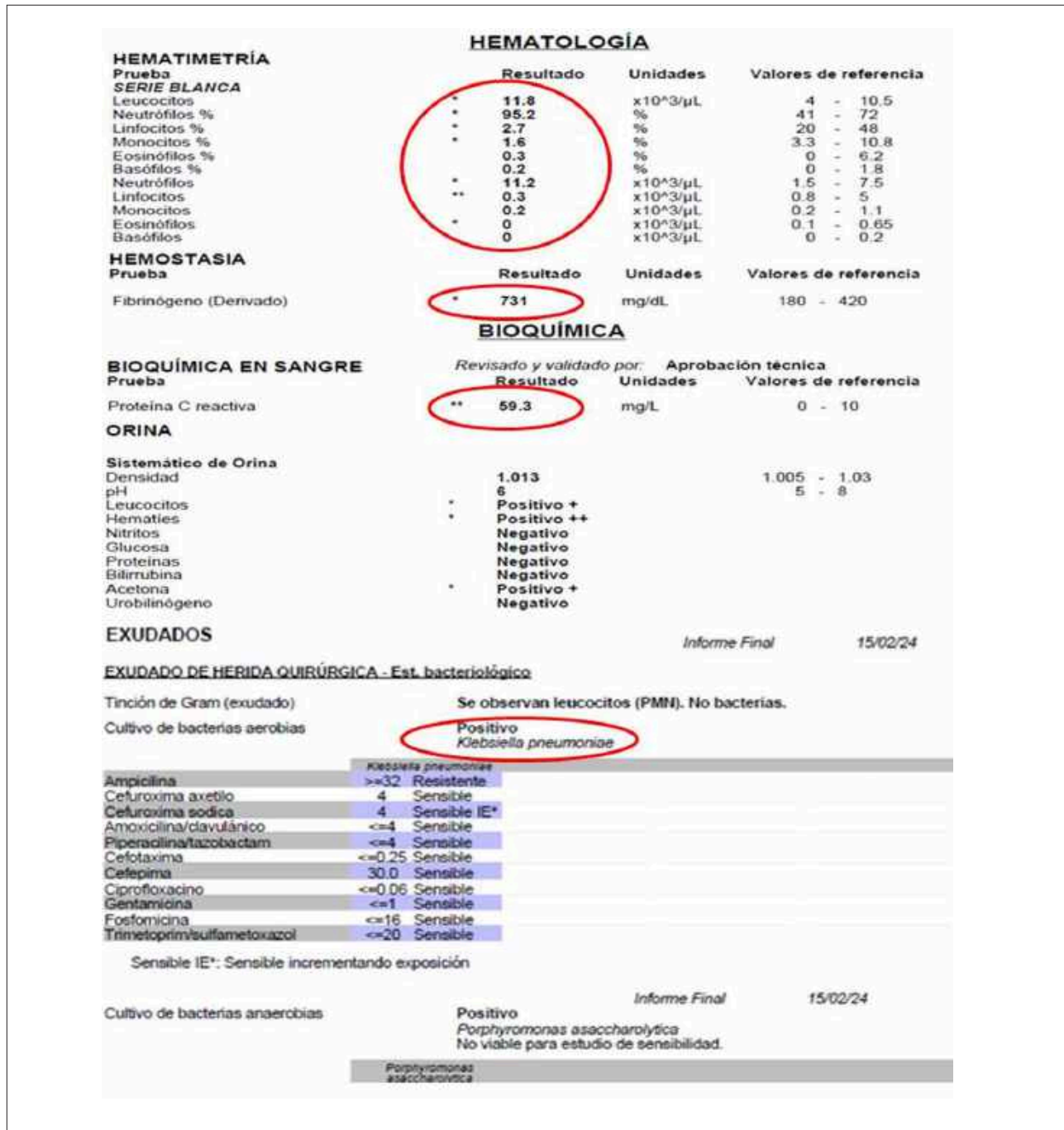


Imagen 1. Selección de resultados alterados en los estudios analíticos practicados a la mujer puerpera con sospecha de endometritis puerperal al ingreso urgente

- La sospecha inicial a la vista de los hallazgos clínicos y analíticos de endometritis tardía posparto estuvo bien orientada, haciendo un perfecto diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden originar fiebre puerperal.
- El manejo desde urgencias con la pronta instauración del tratamiento antibiótico y legrado evacuador fue exitoso, lo que impidió el agravamiento del estado de la paciente evitando una potencial sepsis que sería una circunstancia fatal.
- En mujeres con fiebre posparto, pero dolor uterino mínimo o nulo o flujo vaginal purulento, se deben considerar otras fuentes de fiebre posparto. Son vitales los hallaz-

gos clínicos para orientar la evaluación diagnóstica y el diagnóstico diferencial.

- Las infecciones nosocomiales son una causa importante de morbimortalidad en pacientes hospitalizados. Es indudablemente un riesgo añadido e innecesario que tiene una carga social y económica para el paciente y el sistema de salud. Para evitar la propagación de las infecciones nosocomiales en los hospitales es necesaria la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica de manera regular y uso de precauciones estándar y/o precauciones basadas en la transmisión.
- La efectividad de la lucha contra la endometritis es la prevención, pero si esta falla lo importante es un diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Shatunova EP, Lineva OI, Fedorina TA, Tarasova AV, Limareva LV, Kostina A. Diagnosis of postpartum endometritis and Gynecology. [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]; 2:135-40. Disponible en: <https://lib.medvestnik.ru/articles/Diagnostika-poslerodovogo-endometrita.html>
2. Hospital Clínic-Hospital sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona. Protocolo: fiebre intraparto. Fiebre puerperal. Fetal Medicine Barcelona [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/fiebre%20puerperal.pdf>
3. Dubey S, Mehta S. Postpartum Endometritis. In: Mehta S, Grover A (eds.). Infections and Pregnancy. Singapore: Springer Singapore. 2022. p. 523-33.
4. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A, Stepan H. Diseases and complications of the puerperium. Dtsch Arztebl Int. [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]; 118 (Forthcoming):436-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8381608/>
5. San-Juan R, Sanz-Prieto A, Contreras-Mora J, Fojo-Suárez I, Caso-Laviana JM, Fernández-Ruiz M, et al. Comprehensive analysis of current epidemiology, clinical features and prognostic factors of puerperal endometritis: A retrospective cohort analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 18:100199. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37234795/>
6. Osorio J, Valderrama S, Gómez CH, Cortés JA, Sossa M, Álvarez CA. Definiciones de infecciones intrahospitalarias, microorganismos más frecuentemente identificados y medidas de prevención. Asociación Colombiana de Infectología [internet] 2008 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/ToDo%20IH/Criterios%20Diagnostico.pdf>
7. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. Cochrane Database Syst Rev. [internet] 2015 [citado 30 mar 2024]; 2015(2):CD001067. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7050613/>
8. Chen KT, Berghella V, Barss V. Postpartum endometritis. UpToDate [internet] 2018 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://uptodatefree.ir/topic.htm?path=postpartum-endometritis>
9. Chaverri Guillen G. Endometritis postparto. Revista Médica Sinergia [internet] 2016 [citado 30 mar 2024]; 1(12):21-5. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/56/97>
10. Mena González S. Endometritis puerperal, prevalencia y factores de riesgo específicos de un hospital de tercer nivel. Doctoral dissertation. Universidad Autónoma de Nuevo León [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/26626/>
11. García AG, López JN, Córdoba MV, Caso AA. Infecciones abdominales y del tracto reproductor femenino por anaerobios. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]; 13(52):3031-40. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-infecciones-abdominales-y-del-tracto-rep-articulo-S0304541222000725>
12. Hamdy MA, Taha OT, Elprince M. Postpartum endometritis after uterine cleaning versus no cleaning in cesarean sections: Randomized clinical trial. J Obstet Gynaecol Res 2021; 47(4):1330-6.
13. Singh N, Sethi A. Endometritis-Diagnosis, Treatment and its impact on fertility-A Scoping Review. JBRA Assist Reprod. [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]; 26(3):538-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9355436/>
14. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. [internet] 2016 [citado 30 mar 2024]; 315(8): Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968574/>

15. Hospital Clinic, Hospital Sant Joan de Déu & Universitat de Barcelona. Protocolo de Sepsis y shock séptico en gestación y puerperio. *Protocols Medicina Maternofetal* [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://fetalmedicine-barcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Sepsisyshockseptico.pdf>
16. Hensley MK, Bauer ME, Admon LK, Prescott HC. Incidence of maternal sepsis and sepsis-related maternal deaths in the United States. *JAMA*. [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]; 322(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6724160/>
17. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Jayakody H, Shakespeare J, Kotnis R, et al., on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16 [internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2018 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202018%20-%20Web%20Version.pdf>
18. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Patel R, Shakespeare J, Kotnis R, Kenyon S, Kurinczuk JJ (eds.), on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19 [internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf
19. Liu P, Zhang X, Wang X, Liang Y, Wei N, Xiao Z, et al. Maternal sepsis in pregnancy and the puerperal periods: a cross-sectional study. *Front. Med.* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 10:1126807. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2023.1126807/full>
20. Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, et al.; EPIC II Group of Investigators. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA*. [internet] 2009 [citado 30 mar 2024]; 302(21):2323-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/40045342_International_Study_of_the_Prevalence_and_Outcomes_of_Infection_in_Intensive_Care_Units
21. Acosta CD, Harrison DA, Rowan K, Lucas DN, Kurinczuk JJ, Knight M. Maternal morbidity and mortality from severe sepsis: a national cohort study. *BMJ Open*. [internet] 2016 [citado 30 mar 2024]; 6(8). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e012323.long>
22. Shields A, de Assis V, Halscott T. Top 10 Pearls for the Recognition, Evaluation, and Management of Maternal Sepsis. *Obstet Gynecol.* [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]; 138(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8288480/>
23. Agencia Española del Medicamentos y Productos sanitarios (CIMA). Ficha técnica Amchafibrim. CIMA [internet] 2010 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/53940/FT_53940.html.pdf
24. Viseda Torrellas Y. Enfermedades nosocomiales; prevalencia, control y relación con la resistencia a los antibióticos [internet]. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/54278/TFG_Viseda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Gaudichon P, Astagneau P. Infecciones nosocomiales e infecciones asociadas a la atención sanitaria. *EMC - Tratado de Medicina* [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]; 26(2):1-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541022464518>
26. Gato E. Mecanismos implicados en la colonización y la epidemio-idad del clon de alto riesgo *Klebsiella pneumoniae* ST15. Tesis doctoral. Programa de doctorado en Biología Celular y Molecular [internet]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2021. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/28903>
27. Córdova E, Lespada MI, Gómez N, Pasterán F, Oviedo V, Rodríguez-Ismael C. Descripción clínica y epidemiológica de un brote nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC en Buenos Aires, Argentina. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* [internet] 2012 [citado 30 mar 2024]; 30(7):376-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-descripcion-clinica-epidemiologica-un-brote-S0213005X12000298>
28. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* [internet] 2013 [citado 30 mar 2024]; 31(2):108-13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X13000025>

Consulta de matrona de suelo pélvico: avanzando en el desarrollo de competencias

¹ Rebeca Sanz-Díaz

¹ Eva M^a Rivas-Moreno

¹ *Matronas. Bloque Obstétrico. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid (España)*

E-mail: rebecasd@yahoo.es

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2024.

Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2024.

Cómo citar este artículo:

Sanz-Díaz R, Rivas-Moreno EM. Consulta de matrona de suelo pélvico: avanzando en el desarrollo de competencias. *Matronas Hoy* 2024; 12(1):36-45.

Resumen

Introducción: las disfunciones del suelo pélvico (DSP) causan un impacto negativo en la calidad de vida y son un problema de salud a nivel mundial. Las guías de práctica clínica recomiendan que las mujeres sean atendidas en consultas especializadas. Es importante conocer los factores de riesgo relacionados con estas disfunciones, siendo el embarazo y el parto los factores de mayor importancia. Con la intención de mejorar la calidad asistencial, se puso en marcha en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) un proyecto de consulta de matrona de suelo pélvico (SP).

Objetivo: mejorar la calidad asistencial a las mujeres puérperas tras parto instrumental.

Material y método: valoración en consulta de suelo pélvico (SP), tras parto instrumental, por la matrona, a través de la historia clínica, entrevista con anamnesis detallada y cuestionarios validados (test de Sandvick, ICIQ-SF, índice de función sexual femenina (FSFI), Escala de Oxford, Escala Visual Analógica -EVA-) para valoración funcional del suelo pélvico, valoración y detección de signos, síntomas y posibles complicaciones asociadas a disfunciones del SP. Se añaden cuestionarios de satisfacción y utilidad que refuerzan la necesidad de esta consulta.

Resultados: los resultados obtenidos mostraban la necesidad de hacer seguimiento a las mujeres que presentaban disfunciones del SP tras parto instrumental y justificaban la necesidad de incluir a las matronas en la unidad de SP. Posteriormente se han incluido otras prestaciones y se han desarrollado protocolos de las actividades llevadas a cabo en la consulta. Debido a la repercusión del problema en la calidad de vida de las mujeres, se considera importante continuar explorando nuevas vías de atención.

Conclusiones: necesidad evidente de que en todos los centros sanitarios exista un equipo multidisciplinar con una formación especializada en SP, en el que la consulta de matrona es el primer punto de atención. El papel de la matrona, centrado en el conocimiento y apoyo a la mujer en su esfera sexual y reproductiva, muy especialmente en el periodo perinatal la convierten en el profesional idóneo para apoyar su salud pélvica y ofrecer la atención inmediata a los problemas de SP posparto. Es necesario continuar ampliando las prestaciones referentes a SP y abrir nuevas vías de atención para facilitar la asistencia a todas aquellas mujeres que lo precisen.

Palabras clave: disfunciones suelo pélvico; parto instrumental; ejercicios Kegel; factores de riesgo; consulta perineal; pessario; masaje perineal; incontinencia; matrona.

Abstract

Pelvic floor units managed by midwives: moving forward in the development of competences

Introduction: pelvic floor dysfunctions (PFDs) cause a negative impact on quality of life, and represent a health problem at global level. Clinical practice guidelines recommend that women should be seen in specialized units. It is important to know the risk factors associated with these dysfunctions: pregnancy and labour are the most important factors. In order to improve the quality of care, a project of Pelvic Floor (PF) Unit managed by midwives was implemented in the Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA).

Objective: to improve the quality of care for postpartum women, after instrumental delivery.

Materials and method: assessment at the Pelvic Floor (PF) Unit by the midwife after instrumental delivery, through clinical record, interview with detailed anamnesis, and validated questionnaires (Sandvick test, ICIQ-SF, Female Sexual Function Index (FSFI), Oxford Scale, VAS) for functional evaluation of the pelvic floor, assessment and detection of signs, symptoms, and potential complications associated with PF dysfunctions. Satisfaction and usefulness questionnaires are added, that reinforce the need for this consultation.

Results: the results obtained showed the need to follow up those women who presented PF dysfunctions after instrumental delivery, and justified the need to include midwives in the PF Unit. Other features have been included subsequently, and protocols have been developed for the activities conducted at the Unit. Due to the impact of this problem in the quality of life of women, it is considered important to continue exploring new ways of care.

Conclusions: there is an obvious need to include in all health centers a multidisciplinary team with specialized training on PF, where the Midwife Unit will be the first point of care. The role of midwives, focused on knowledge and support for women in their sexual and reproductive area, and particularly during the perinatal period, make them the adequate professionals to support pelvic health and offer immediate care for post-partum PF problems. It is necessary to continue expanding the healthcare services regarding PF, and to open new ways of care in order to provide assistance to all those women who require it.

Key words: pelvic floor dysfunctions; instrumental delivery; Kegel exercises; risk factors; perineal consultation; pessary; perineal massage; incontinence; midwife.

Introducción

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) son un problema de salud importante a nivel mundial. Afectan a las mujeres en todas las esferas de su vida (física, psíquica, social y sexual), causando un impacto negativo en su calidad de vida¹⁻³. En las últimas décadas, con el aumento de la esperanza de vida de las mujeres, también ha aumentado la prevalencia de disfunciones del suelo pélvico, lo que conlleva a su vez un importante coste sanitario.

Las DSP engloban prolapsos (POP), incontinencia urinaria (IU) y otras disfunciones miccionales, incontinencia anal (IA) y otras disfunciones defecatorias, disfunción sexual (DS) y dolor pélvico crónico (DPC)⁴.

El diagnóstico, la clasificación y el tratamiento de estas disfunciones están ampliamente documentados, pero no así el seguimiento de su evolución y la atención de las mujeres que las padecen.

Prevalencia

Es difícil conocer exactamente su incidencia y prevalencia debido a la escasez de consultas sobre estas alteraciones y porque a menudo no se presentan de forma aislada, sino que coexisten entre ellas. En los estudios hay mucha variabilidad en las herramientas utilizadas, pero todos coinciden en que es un problema importante para las mujeres y que aumenta significativamente con la edad.

En mujeres europeas, el estudio EPICONT⁵ encontró una prevalencia de IU del 25%. La IU es muy prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia de IU aumenta con la edad, hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo, la pérdida de autonomía y de calidad de vida que ocasiona en el anciano que la sufre. Es difícil hacer una estimación de la prevalencia por la heterogeneidad de los estudios disponibles, como ya se ha mencionado, pero en las investigaciones realizadas en mujeres en España, aunque existen variaciones regionales, la prevalencia media estimada es de un 24%, aumentando al 30%-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas⁶.

Etiología

La etiología de la IU es multifactorial y sus causas se asocian principalmente con la disfunción de la vejiga, los músculos del suelo pélvico (PFM) y el aparato ligamentoso. El riesgo de IU aumenta con la edad, pero también puede ocurrir después del parto y en mujeres jóvenes nulíparas⁷.

Factores de riesgo

Es importante conocer los factores de riesgo⁸ relacionados con estas disfunciones de SP para poder abordarlos. Existen factores predisponentes como la raza, las variaciones anatómicas, el colágeno; factores iniciadores como la cirugía pélvica radical, la radioterapia, el parto vaginal; factores favorecedores como la obesidad, el déficit estrogénico, la tos crónica, el ejercicio físico intenso; y factores descompensadores como el envejecimiento, los hábitos no saludables, las comorbilidades o determinada medicación^{6,13}.

El embarazo y el parto son los factores de riesgo de mayor peso para desarrollar DSP. El 30% de las mujeres después de un parto vaginal tendrá IU transitoria y un 10% IU persistente y severa¹⁴.

El parto instrumentado está considerado como uno de los factores de riesgo más importantes para padecer patología de suelo pélvico, especialmente el fórceps en comparación con la ventosa¹⁵.

El 11,8% de las mujeres será intervenida por prolapso genital a lo largo de su vida¹³.

Abordaje especializado: consulta de matrona

Las guías de práctica clínica recomiendan que las mujeres que tienen estas disfunciones sean atendidas en consultas especializadas⁹. En algunos centros hospitalarios de España se han ido creando unidades de suelo pélvico con el objetivo de dar un abordaje integral.

La matrona debe estar integrada en el equipo multidisciplinar especializado en suelo pélvico, ya que es el profesional que proporciona cuidado y apoyo a la mujer durante todo su ciclo vital. La incorporación de la matrona al equipo ha demostrado tener ventajas, puesto que ofrece una óptima atención a la mujer¹⁰.

Además, las mujeres suelen tener un nivel bajo de conocimientos sobre cuidados del suelo pélvico y la matrona es el profesional idóneo para dar información y educación sanitaria¹¹.

Es importante que las mujeres sean conscientes de la importancia del cuidado del SP y hacerlas partícipes de ello, así como desarrollar estrategias preventivas, de seguimiento y de tratamiento cuando sea preciso⁸.

Justificación de la iniciativa

Por todas estas razones encontradas en la bibliografía revisada y con la intención de mejorar la calidad asistencial de las pacientes, en 2018, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) se propuso comenzar un nuevo proyecto para poner en marcha una Consulta de Matrona

de SP. La primera prestación que se ofertó fue la valoración de las mujeres púérperas tras parto instrumental.

Objetivos

Inicialmente se plantean en esta nueva consulta los siguientes objetivos:

- Objetivo general: mejorar la calidad asistencial a las mujeres púérperas tras parto instrumental.
- Objetivos específicos:
 - Detectar precozmente factores de riesgo relacionados con disfunciones del suelo pélvico.
 - Detectar precozmente sintomatología compatible con disfunciones de suelo pélvico y las posibles complicaciones a medio y corto plazo.
 - Prevenir patología del suelo pélvico relacionada con el embarazo, parto y puerperio.
 - Promover actividades, recursos, estilos de vida, que favorezcan la protección y recuperación del SP fomentando el autocuidado.
 - Realizar educación sanitaria sobre sexualidad y planificación familiar en el posparto.
 - Instruir en la realización de los ejercicios de Kegel de forma correcta.
 - Llevar a cabo seguimiento para valorar la eficacia de los ejercicios de suelo pélvico en las disfunciones detectadas.

Material y método

La consulta se inició en 2018. Tras la puesta en marcha de esta se realizó una recogida de datos desde el 1 de julio de 2018 hasta el 31 de agosto de 2019.

Los ítems analizados se recopilaron teniendo en cuenta los factores de riesgo descritos en la bibliografía revisada, mediante cuestionarios validados:

- Test de Sandvick, para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia de orina en la mujer¹⁶.
- ICIQ-SF, cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida¹⁷.
- Índice de función sexual femenina (FSFI), para la evaluación de la función sexual¹⁸.
- Escala de Oxford, para valoración de la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico¹⁹.
- Escala Visual Analógica (EVA), que permite medir la in-

tensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores²⁰.

Desarrollo del proyecto y resultados

El proyecto inicialmente fue puesto en marcha por cuatro matronas del equipo del hospital formadas previamente, junto con la colaboración de dos ginecólogas especialistas en SP del hospital.

Recogida de datos: en el año 2018, fecha en que se inicia la consulta, hubo 1.287 partos, de los cuales 97 fueron partos instrumentales, lo que supone un 7,53% del total de partos de ese año.

En el 2019, fueron 1.189 los partos atendidos en este hospital, de los cuales, 90 fueron partos instrumentales, lo que supone un 7,56% del total de partos de ese año.

En el periodo de recogida de datos (01/07/2018 hasta el 31/08/2019) se realizaron 106 partos instrumentales.

Criterios de inclusión y exclusión: en el proyecto se incluyeron todas las mujeres púérperas con parto instrumental, excepto aquellas con desgarro de III/IV grado que fueron citadas en consulta de Ginecología. Se excluyeron del estudio cuatro desgarros de grado IIIA, un desgarro grado IIIB y un desgarro de IV grado.

En el estudio se produjeron 33 pérdidas: ocho mujeres fueron citadas incorrectamente en la consulta de Ginecología, nueve mujeres acudieron a la urgencia antes de la cita, siete mujeres no fueron a la cita y nueve no tenían solicitada la cita al alta.

Fueron citadas a los dos meses tras el parto para valoración en la consulta.

En la consulta de matrona se valoraron 67 mujeres en este periodo de tiempo. De ellas, 11 mujeres necesitaron ser derivadas a Ginecología y ocho precisaron seguimiento posterior.

Para realizar la consulta de valoración de SP tras parto instrumental, se llevó a cabo una revisión de la historia clínica de la paciente, entrevista con anamnesis detallada y cuestionarios validados (test de Sandvick, ICIQ-SF, FSFI, Escala de Oxford, EVA) para valoración funcional del suelo pélvico, valoración y detección de signos, síntomas y posibles complicaciones asociadas a disfunciones del SP²¹.

Valoración de complicaciones: de todas las mujeres valoradas, el 17,7% tuvo complicaciones de la episiotomía en el puerperio (dehiscencia, infección, hematoma); además, el 7,49% presentó retracción de la episiotomía y el 19,14% dolor en ella; el 23,5% sufrió dolor perineal y el 11,8%, dolor pélvico (Gráfico 1).

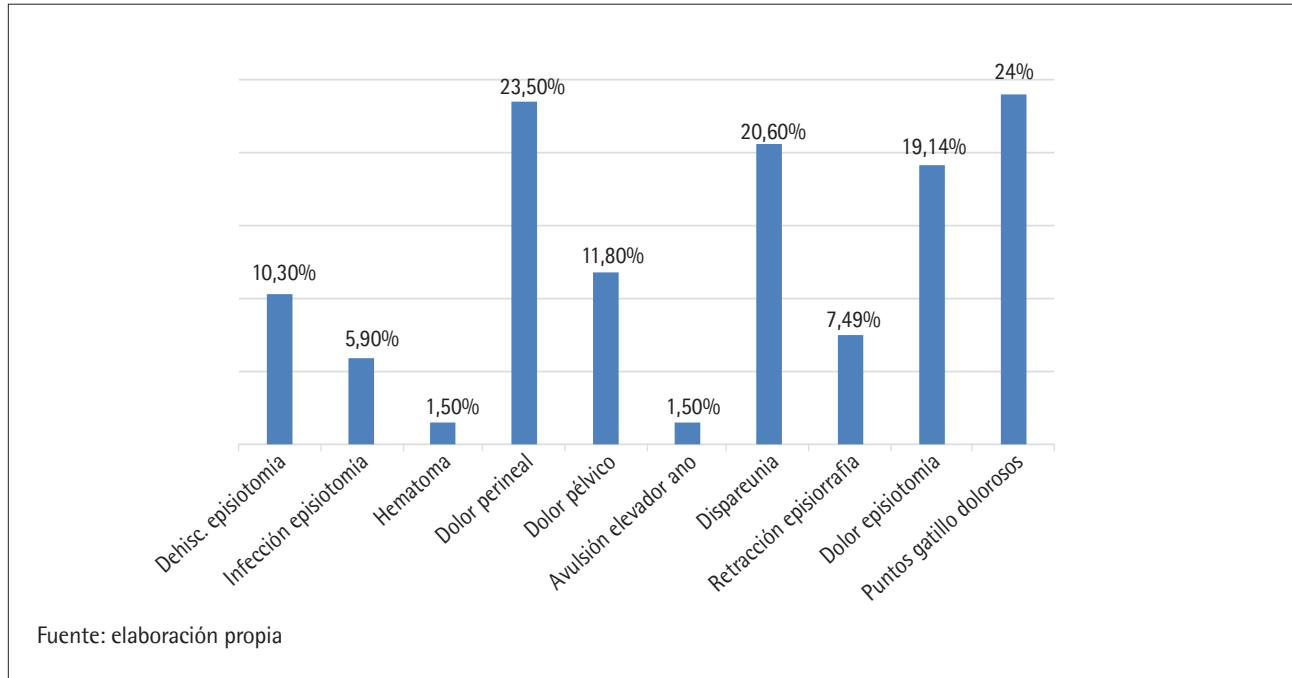


Gráfico 1. Complicaciones tras parto instrumental

Valoración de repercusiones sexuales: también se evaluó la repercusión del parto instrumental en las relaciones sexuales mediante cuestionario validado, FSFI. El 52,9% de las mujeres no había reiniciado relaciones sexuales en el momento de la valoración. El 47,1% sí había reiniciado relaciones sexuales y de ellas, el 20,6% tenía dispareunia.

En la exploración física se valoró la zona de la episiotomía. El 45,84% presentó alguna alteración (hipertrofia del tejido, retracción, dolor, otros, etc.). El 24% de las mujeres tuvo en la exploración algún punto doloroso en diferentes zonas (espina ciática, introito vaginal, elevador del ano, etc.).

Valoración de incontinencia urinaria y fecal: en el momento de la evaluación, el 20,6% presentó incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y el 14,7% incontinencia urinaria de urgencia (IUU) (valorado mediante cuestionario validado ICIQ-SF). Se valora también la severidad de la IU mediante el índice de Sandvick y se obtuvo como resultado que el 25% tenía IU leve; el 68,8%, IU moderada y el 6,3%, IU grave.

El 11,8% presentó en el momento de la valoración incontinencia a gases y solo el 1,5% incontinencia a heces.

En los Gráficos 2 y 3 se recogen datos sobre la incontinencia posparto y el índice Sandvick de severidad IU.

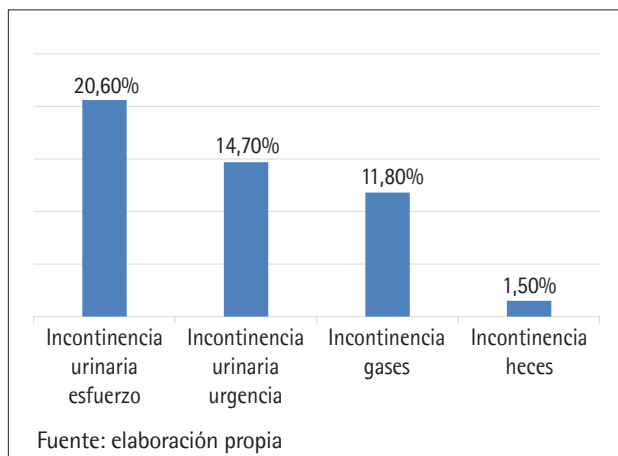


Gráfico 2. Incontinencia posparto

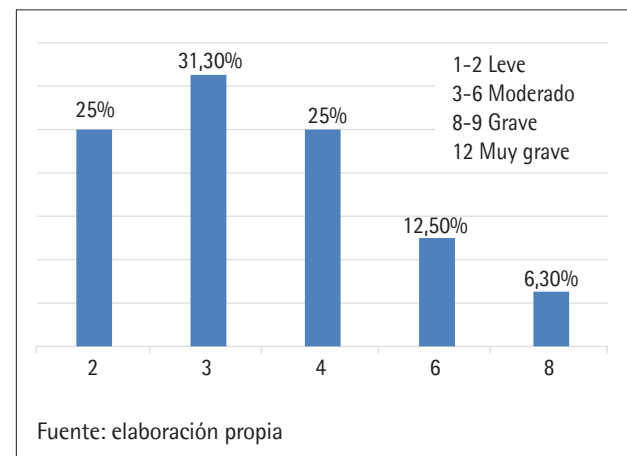


Gráfico 3. Índice Sandvick de severidad IU

Valoración de la fuerza de la musculatura del SP: se realizó una evaluación de la fuerza de la musculatura del SP mediante el test de Oxford, cuyos resultados fueron que un 41,84% obtuvo una puntuación inferior o igual a 2 (apenas respuesta), frente a un 34,30% con respuesta muscular débil, y el 23,90% con buena respuesta, destacando un 3% que tenía respuesta muscular especialmente fuerte y mantenida (Gráfico 4).

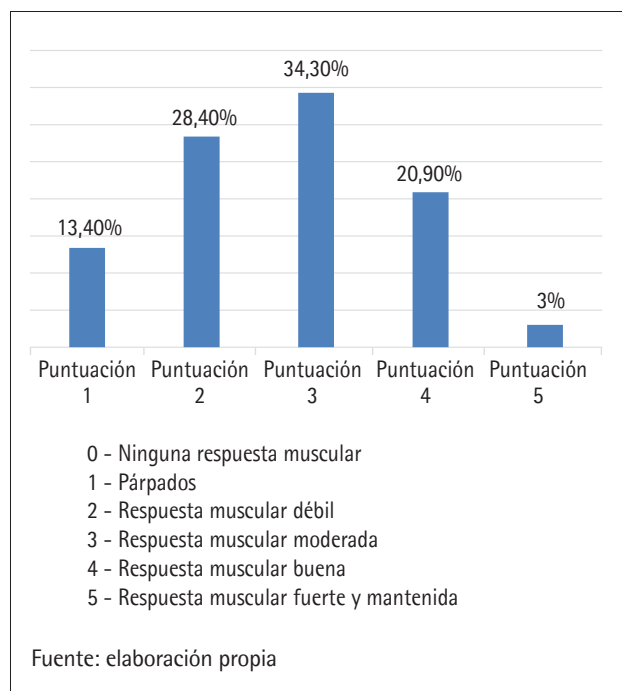


Gráfico 4. Resultados del test de Oxford para valoración de la fuerza muscular del SP

Valoración de satisfacción con consulta: con el fin de conocer el grado de satisfacción de las mujeres tras ser atendidas y que descubrieran la utilidad de esta consulta, se realizó una encuesta con dos preguntas cerradas con respuesta múltiple (escala Likert con puntuación del 1 al 5). Se entregaba a la mujer para que la cumplimentara de manera anónima al finalizar la consulta, y la depositaran en un buzón colocado fuera de la consulta. Se recibieron 49 encuestas en total. 44 mujeres tuvieron grado de satisfacción de 5 (1 equivale a muy poca satisfacción y 5 mucha satisfacción).

Respecto a la utilidad de la consulta, 31 mujeres lo valoraron con un 5, 17 mujeres lo valoraron con un 4 y solo una mujer lo valoró con un 1 (1 equivale a nada de utilidad y 5 mucha utilidad).

Tras evaluar todos estos datos, y ver la relevancia de los resultados obtenidos, se incluyó esta actividad en la cartera de servicios del hospital con la aprobación del Protocolo de Valoración de SP tras parto instrumental (Gráfico 5).

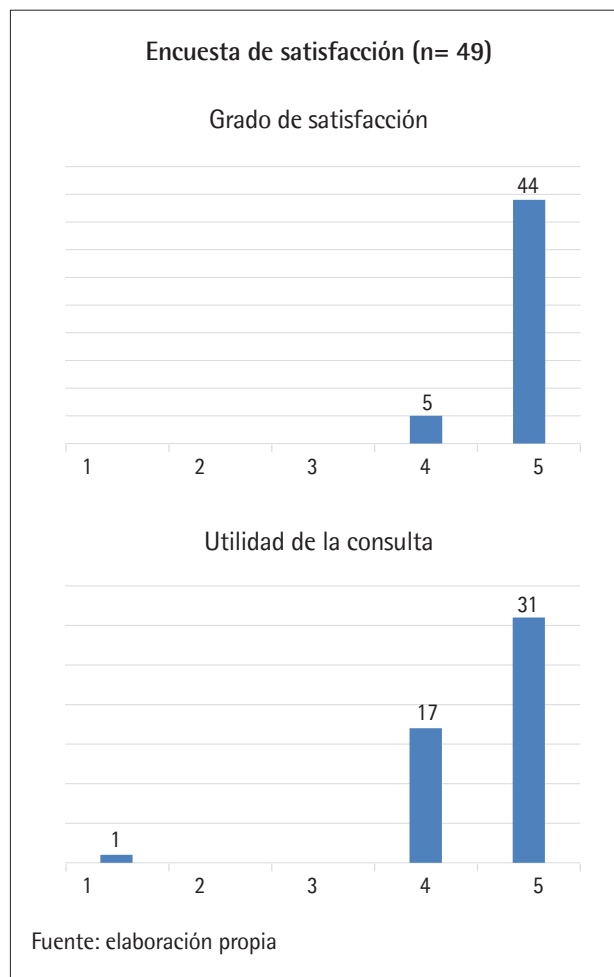


Gráfico 5. Valoración del grado de satisfacción y utilidad percibida por las mujeres atendidas en consulta de matrona de suelo pélvico

Evolución de la consulta de matrona de SP

Posteriormente, se planteó la necesidad de ampliar las prestaciones en la consulta de matrona de SP; la siguiente prestación fue realizar el seguimiento y recambio de mujeres portadoras de pesario, derivadas de las consultas de Ginecología y Urología.

Como es sabido, el pesario es un tratamiento conservador utilizado en las disfunciones del SP (prolapsos, IUE)²²⁻²⁴ para mejorar la calidad de vida de las mujeres. Requiere un seguimiento y recambio cada 4-6 meses para valorar el cumplimiento del tratamiento prescrito, el grado de satisfacción y detección de posibles complicaciones. Además, se lleva a cabo Educación para la salud (EPS), modificación de hábitos de vida, técnica de autorecambio, etc.²⁵⁻²⁷.

A continuación, se puso en funcionamiento una consulta de prevención de disfunciones del SP que se efectúa en el primer trimestre de gestación, con el objetivo de prevenir

y tratar de manera conservadora las disfunciones del SP en las mujeres gestantes^{28,29}, detectar precozmente factores de riesgo, dar EPS enseñando hábitos de vida saludables para el SP y enseñar la correcta realización de los ejercicios de Kegel. Estos ejercicios son el tratamiento conservador *gold estándar* para la musculatura del SP, según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA)³⁰⁻³⁶.

Para dar continuidad a los cuidados del SP durante la gestación, se inició en la semana 33 una consulta de seguimiento, en la cual se explica la técnica para realizar el masaje perineal, ya que existe evidencia científica sobre los efectos positivos de dicha técnica para el SP.

También se ha formado en el hospital un comité de SP en el que participa una de las matronas del equipo y también ha comenzado a funcionar una consulta de Fisioterapia para rehabilitación y tratamiento de disfunciones de SP.

Durante estos años de funcionamiento de la consulta, han aumentado las cifras de mujeres que han sido valoradas. Debido a este motivo, fue necesario formar al resto de matronas del equipo para poder llevar a cabo dichas prestaciones.

Actualmente la consulta de matrona de SP incluye la revisión tras parto instrumental, la prevención de disfunciones de SP en la gestación y el masaje perineal y el recambio de pesarios.

Se han protocolizado todas estas actividades y se han incluido en la cartera de servicios del hospital.

Las últimas cifras recogidas de la actividad de la consulta son referentes al año 2022, cuando se realizaron 444 consultas de mujeres portadoras de pesarios, 105 consultas de revisión tras parto instrumental, 622 consultas de valoración de SP en el primer trimestre de gestación y 287 consultas de masaje perineal en el tercer trimestre de gestación (Gráfico 6).

Discusión y conclusiones

- Tras el análisis de los datos obtenidos en el proyecto realizado en el hospital, y debido a la magnitud del problema que tienen las disfunciones del suelo pélvico (SP), se considera importante hacer seguimiento y valoración de las mujeres púerperas tras parto instrumental, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres y aumentar los conocimientos relacionados con dichas disfunciones.
- Un número considerable de mujeres sufre alguna lesión perineal tras el parto, que les producirá un impacto negativo en su bienestar. Los partos instrumentales están relacionados con mayor grado de lesión perineal y más sintomatología.
- Posiblemente, un número importante de mujeres que sufren disfunciones del suelo pélvico (DSP) no consultarán estos síntomas con ningún profesional y, por lo tanto, no recibirán la atención adecuada y a tiempo.
- El equipo de trabajo, vista la incidencia de complicaciones del SP tras el parto instrumental, afirma la necesidad

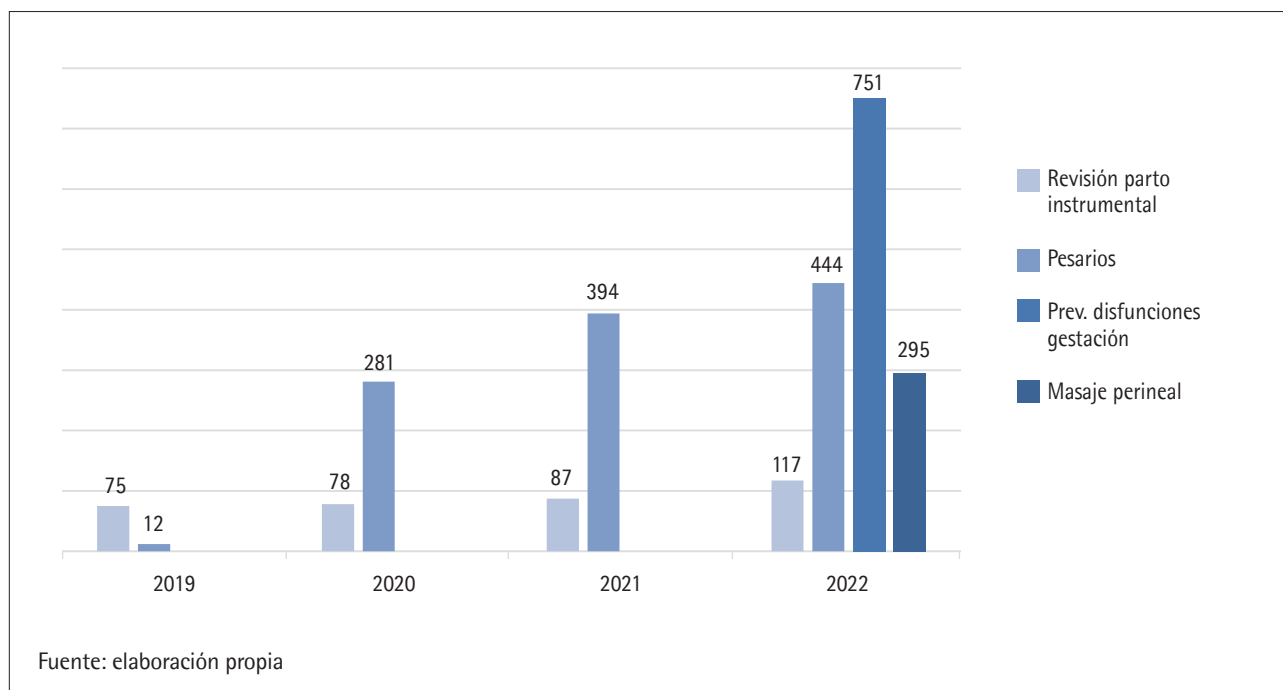


Gráfico 6. Evolución de las prestaciones en consulta de matrona de suelo pélvico

de que en todos los centros sanitarios exista un equipo multidisciplinar con una formación especializada en SP para informar correctamente a las mujeres y poder dar continuidad y seguimiento a los problemas detectados, ya que las disfunciones del SP afectan a las mujeres en todas las esferas (física, psíquica, social, sexual), alterando su calidad de vida y repercutiendo en el coste sanitario.

- Invertir en prevención disminuye el coste sanitario a largo plazo^{9,42-45}.
- Por este motivo, esta mejora en la atención hacia las mujeres, haciendo seguimiento en consultas especializadas, prevención de las disfunciones del SP en la gestación, así como el seguimiento de las mujeres puérperas, ayudará a disminuir la posibilidad de aparición de disfunciones del SP y la posibilidad de aparición de complicaciones.
- La matrona debería estar incluida en la unidad del SP, puesto que es el profesional de referencia para la mujer en su atención sexual y reproductiva a lo largo de todo su ciclo vital y junto con los obstetras "pueden proporcionar liderazgo, dirección clínica y estratégica desde la perspectiva de la obstetricia la partería) y la ginecología"⁴⁶.
- En países que tienen mayor experiencia en este ámbito, la incorporación de la matrona al equipo de SP ha demostrado tener ventajas y reducir del coste económico para el sistema sanitario. El papel de la matrona se centra en el apoyo a la mujer, ayudándola a resolver dudas y dando educación sanitaria para favorecer su recuperación.
- Es necesario que exista una formación de posgrado reglada para matronas en esta disciplina, ya que actualmente la formación que se imparte está dirigida principalmente a otros profesionales sanitarios (ginecólogos y fisioterapeutas).
- Es apremiante continuar ampliando prestaciones en SP y abrir nuevas vías de atención, a fin de facilitar la asistencia a todas aquellas mujeres que lo precisen.

Agradecimientos

A las mujeres que participaron cumplimentando el cuestionario de satisfacción. A las ginecólogas de la Unidad de SP, a la supervisora del bloque obstétrico y a la jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) por darnos la oportunidad de poner en marcha este proyecto. A todas las matronas del hospital por participar y unirse a este proyecto tan importante para todos.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjöström S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 5th ed. European Association of Urology. ICUD [internet] 2013. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf
2. DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. [internet] 2005 [citado 30 mar 2024]; 192(5):1488-95. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)00224-3/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)00224-3/abstract)
3. Walker GJ, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol J*. [internet] 2011 [citado 30 mar 2024]; 22(2):127-35. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-010-1215-0>
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documentos de consenso SEGO 2013. Diagnóstico disfunciones suelo pélvico. Madrid: SEGO; 2013.
5. Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad YS. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urol*. [internet] 2013 [citado 30 mar 2024]; 13:27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3674916/>
6. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *Urod A* [internet] 2010 [citado 30 mar 2024]; 23(1):52-66. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/261251887>
7. Mazur-Bialy AI, Kolomanska-Bogucka D, Nowakowski C, Tim S. Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. *J Clin Med*. [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 9(4):1211. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1211>
8. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symp-

- tomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. [internet] 2008 [citado 30 mar 2024]; 300(11):1311-6. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182572>
9. Martínez-Sagurra Oveja JM, Rodríguez-Torres LA. ¿Por qué una unidad de suelo pélvico? *Arch. Esp. Urol.* [internet] 2010 [citado 30 mar 2024]; 63(9). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142010000900002
 10. Manresa M, Webb SS, Pereda-Núñez A, Bataller E, Terré-Rull C. Cuidado de las lesiones posparto en la consulta perineal. *Matronas Prof.* [internet] 2018 [citado 30 mar 2024]; 19(4):e58-e66. Disponible en: <https://s3-eu-south-2.amazonaws.com/assetsedmayo/articles/CychEUyMpvGXSKgdMjvov9eBKjXv8SzsVo716GTeU.pdf>
 11. Hidalgo Lacalle M, López León MC, Román Almendros MR, García Campaña A. Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico? *Nure inv.* [internet] 2017 [citado 30 mar 2024]; 14(90). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278462>
 12. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. *BJOG* [internet] 2003 [citado 30 mar 2024]; 110(3):247-54. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-0528.2003.02327.x?sid=nlm%3Apubmed>
 13. Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C, y López-Herrero E. GAP SEGO. Prolapso de los órganos pélvicos. Guía de Asistencia Práctica. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2019.
 14. Ferri Morales A, Amóstegui Azkúe JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia* [internet] 2004 [citado 30 mar 2024]; 26:249-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S0211563804731107>
 15. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Delivery mode and the risk of elevator muscle avulsion: a meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2019; 30:901-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3827-8>
 16. Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourol Urodyn.* 2000; 19(2):137-45.
 17. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* [internet] 2004 [citado 30 mar 2024]; 23(4):322-30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20041>
 18. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez O, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health.* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 17(3):994. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7037847/#:~:text=FSFI%20was%20develo,ped%20by%20Rosen,%2C%20and%20pain%20%5B17%5D>
 19. Pal M, Halder A, Bandyopadhyay S. Approach to a woman with urinary incontinence. *Urology Annals.* [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]; 12(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337082688_Approach_to_a_woman_with_urinary_incontinence/download?_tp=eyJj-b250ZXh0Ijp7ImZpcnNOUGFnZSI6InNpZ251cClzInBhZ2U0iOiJfZGlyZWNOIn19
 20. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med. Intensiva* [internet] 2006 [citado 30 mar 2024]; 30(8):379-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
 21. Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Núñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia* [internet] 2004 [citado 30 mar 2024]; 26(5):266-80. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15870/MartinezBustelo_EntrevistaClinica.pdf;jsessionid=1EC0E8FCA3A509D12D-0DB041ADB76336?sequence=5
 22. Richardson K, Hagen S. The role of nurses in the management of women with pelvic organ prolapse. *Br J Nurs* [internet] 2009 [citado 30 mar 2024]; 18(5):294-6, 298-300. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374034>
 23. Storey S, Aston M, Price S, Irving L, Hemmens E. Women's experiences with vaginal pessary use. *J Adv Nurs.* [internet] 2009 [citado 30 mar 2024]; 65(11):2350-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05095.x>
 24. Vasconcelos CTM, Silva Gomes ML, Ribeiro GL, Oriá MOB, Geoffrion R, Vasconcelos Neto JA. Women and healthcare provider's Knowledge, attitudes and practice related to pessaries for pelvic organ prolapse. A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 247:132-42. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(20\)30084-1/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30084-1/abstract)
 25. Clemons JL. Vaginal pessaries: Insertion and fitting, management, and complications. *Uptodate* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/8081>
 26. De Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review.

- Int Urogynecol J. [internet] 2016 [citado 30 mar 2024]; 27(12):1797-803. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/298910693_Female_pelvic_organ_prolapse_using_pessaries_systematic_review
27. National Institute for Health and Care Excellent (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NG123) NICE guideline. NICE [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189>
 28. Sánchez Perruca MI, Fernández Fernández Arroyo M, López Sáez y López de Teruel A, Martínez Barredio I, Hoyos Martínez I, Gallardo Díez Y. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. *Matronas Prof.* [internet] 2001 [citado 30 mar 2024]; 2(6):23-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293335125_Influencia_de_la_actuacion_de_la_matrona_ante_la_IUE_durante_el_embarazo_parto_y_puerperio
 29. Moreno C, Mínguez M. Patología del suelo pélvico en la mujer. Disfunción anorectal. Papel de la matrona en la prevención y detección. *Matronas Prof.* 2003; 4(14):29-33.
 30. ICS STANDARDS 2019. The 2019 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus statements, Educational modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. *Epicore* [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <http://www.epicore.ualberta.ca/Documents/PILUTS/Books/Book%20ICS%20Standards%202019.pdf>
 31. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* [internet] 2018 [citado 30 mar 2024];10(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516955/>
 32. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 5(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7203602/>
 33. Aliaga Martínez F, Prats Rivera E, Alsina Hipólito M, Allepuz-Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el postparto: ensayo clínico no aleatorizado. *Matronas prof.* 2013; 14(2):36-44.
 34. Puigpelat Font T, Torres Cobo E, Ruiz Herrero A. Efectividad de la reeducación perineal en mujeres con incontinencia de esfuerzo. *Asociación Española de Enfermería en Urología.* [internet] 2012 [citado 30 mar 2024]; (122):32-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4273823>
 35. Sebastián Gracia G. Cuidado del suelo pélvico en el postparto. *Matronas Prof.* 2001; 2(Extra):12-5.
 36. Plana Armengod C, Lafuente Pardos MS. Programa de recuperación del suelo pélvico y ejercicio físico en el puerperio. *Matronas Hoy* [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]; 10(3):6-16. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/247/programa-de-recuperacion-del-suelo-pelvico-y-ejercicio-fisico-en-el-puerperio/>
 37. Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, Mohammed A, Farag EA, Mohammed AE, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Urogynecol J.* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 31(9):1735-45. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04302-8>
 38. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* [internet] 2013 [citado 30 mar 2024]; (4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/epdf/full>
 39. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Masaje perineal. FAME [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/scs/gap-tfformacion/pluginfile.php/53748/mod_resource/content/2/Masaje%20perineal.pdf
 40. Lafuente Pardos MS. Biomecánica del parto. Entrenamiento sinérgico puerperal. *Matronas Hoy* [internet] 2014 [citado 30 mar 2024]; 1(2):15-29. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/26/biomecánica-del-parto-entrenamiento-sinergico-puerperal/>
 41. Silva AP, Montenegro ML, Gurian MB, Mitidieri AM, Lara LA, Poli-Neto OB, et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [internet] 2017 [citado 30 mar 2024]; 39(1):26-30. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027568/>
 42. Martín-Tuda C, Carnero Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enferm. Global* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 19(57):390-401. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/85805/1/368611-Texto%20del%20art%20c3%adculo-1367751-1-10-20191221.pdf>
 43. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J Am Geriatr Soc.* [internet] 1990 [citado 30 mar 2024]; 38(3):292-5. Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03507.x?si-d.nlm%3Apubmed>
 44. Ekelund P, Grimby A, Milsom I. Urinary incontinence. Social and financial costs high. *BMJ.* [internet] 1993 [citado 30 mar 2024]; 306(6888):1344. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1677774/>

45. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp* [internet] 2007 [citado 30 mar 2024]; 31(7). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S0210-48062007000700004
46. NHS England. Implementation guidance: Perinatal Pelvic Health Services. NHS [internet] 2024 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/long-read/implementation-guidance-perinatal-pelvic-health-services/>

Aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, relacionado con la falta de educación sexual

¹ Leticia Lledó Gómez

² Ana Fernández García

¹ Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante (España)

E-mail: letilledo@gmail.com

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Tordesillas. Valladolid (España)

Fecha de recepción: 14 de octubre de 2023.

Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2024.

Cómo citar este artículo:

Lledó Gómez L, Fernández García A. Aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, relacionado con la falta de educación sexual. *Matronas Hoy* 2024; 12(1):46-53.

Resumen

Introducción: cada día aumenta el número de personas que adquieren una infección de transmisión sexual (ITS) en el mundo, y de forma preocupante en adolescentes, lo que genera auténticos problemas de salud sexual y reproductiva, que han tenido un impulso fuerte al alza en el año 2020.

La falta de educación sexual, tanto en jóvenes como en adultos, y la ausencia de información sobre ITS, añadidas a la falta de inversión en centros de atención a la salud sexual y en Atención Primaria, contribuyen aunque no exclusivamente a este aumento.

Objetivo: concienciar del aumento de las ITS, relacionado con la falta de educación sexual a la población adolescente en España. Sugerir propuestas de mejora desde la Atención Primaria de salud.

Método: revisión integradora de la literatura científica disponible con el objetivo de conocer si es real el aumento percibido de las ITS en adolescentes y su relación con la falta de educación sexual, como uno de los principales motivos supuestos del incremento observado.

Conclusiones:

- Las ITS siguen siendo un problema de salud pública con incidencia al alza continuamente, sobre todo en los jóvenes que se inician cada vez más tempranamente en las relaciones sexuales, muchas de ellas además de riesgo.
- La educación sexual, incluyendo los aspectos sentimentales, afectivos y emocionales, en edades tempranas, se debe hacer como una prevención primaria para disminuir las ITS y la matrona es fundamental en el equipo de atención.
- Es importante mantener campañas publicitarias relacionadas y garantizar el acceso de los adolescentes a centros de planificación familiar para prevención y control frente a las ITS.

Palabras clave: adolescentes; ITS; infecciones de transmisión sexual; ETS; enfermedades de transmisión sexual; educación sexual; prevención; matronas.

Abstract

Increase in sexually transmitted diseases (STDs) among adolescents, associated with lack of sexual education

Introduction: the number of persons acquiring a sexually transmitted disease (STD) in the world increases every day, and in a concerning way among adolescents; this generates real problems of sexual and reproductive health, which have had a strong upward rise during 2020.

Lack of sexual education, both in youngsters and adults, and lack of information about STDs, added to the lack of investment in Sexual Health Centers and Primary Care, are factors that contribute to this increase, although not exclusively.

Objective: to create awareness about the increase in STDs, associated with the lack of sexual education for the adolescent population in Spain. To suggest proposals for improvement from Primary Care.

Method: an integrative review of the scientific literature available, with the objective to understand whether this perceived increase in STDs among adolescents is real, and its association with lack of sexual education as one of the main assumed reasons for the increase observed.

Conclusions:

- STDs are still a public health problem, with a continuous increasing incidence, particularly among young people who are having sexual relationships increasingly earlier, which in many cases are also high-risk.
- Sexual education, including emotional and affective aspects, must be conducted at early ages as primary prevention in order to reduce STDs; and the midwife is essential in this healthcare team.
- It is important to implement advertising campaigns associated with this matter, and to guarantee the access of adolescents to family planning centers for the prevention and control of STDs.

Key words: adolescents; STIs; sexually transmitted infections; STDs; sexually transmitted diseases; sexual education; prevention; midwives.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales, ya sean vaginales, anales u orales y que pueden producir enfermedades. Algunas de las ITS pueden llegar a transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, el parto o la lactancia¹. Son causadas por virus, bacterias o parásitos. Estas infecciones pueden afectar a cualquier persona sin importar su sexo, orientación sexual o edad, enfermedades que pueden ser inicialmente asintomáticas y aumentar el riesgo de transmisión sexual. Gran parte de las ITS se curan con tratamientos específicos, que en muchos casos son muy sencillos. Otras enfermedades, como son el herpes simple, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o la sífilis, son infecciones que se pueden convertir en crónicas. Consecuencias que pueden derivar a infertilidad, resultados adversos del embarazo o cáncer^{2,3}.

Cada día aumenta el número de personas que adquieren una ITS en el mundo, esto lleva a problemas de salud sexual y reproductiva; este aumento se ha visto incrementado en el año 2020. En la mayoría de los países europeos se observó un descenso progresivo en la década de 1990, debido a las grandes campañas de publicidad que se realizó sobre el VIH. Sin embargo, pasados unos años, se ha incrementado el número de casos, siendo las infecciones más relevantes las producidas por gonococo, la sífilis y el linfogranuloma venéreo. La infección genital por clamidia ha sido la ITS con mayor incremento en España⁴.

El aumento de las ITS se debe a causas de cambios socioculturales, cribados o el auge de conductas sexuales de riesgo. También se han aumentado el número de relaciones sexuales no planificadas, múltiples parejas, el trabajo sexual, el consumo de drogas recreativas durante el acto sexual y el uso frecuente de redes sociales para encontrar parejas, así como el incremento de uso de pornografía⁵. Hoy en día es un momento de mucho cambio en el tipo de relaciones que se dan, y no solo referido a las relaciones homosexuales, sino también entre los jóvenes. Cambios que han aumentado la exposición a las ITS, porque hay más exposición y más riesgo de infecciones y poco uso de preservativo⁶.

La falta de educación sexual, tanto en jóvenes como en adultos, y la ausencia de información sobre ITS, añadido a la falta de inversión en centros de atención a la salud sexual y en Atención Primaria, contribuyen a este aumento⁷. Las entrevistas en profundidad realizadas por profesionales del sistema sanitario, médicos de clínicas en las que se puede interrumpir el embarazo y otros profesionales (sexólogos, psicólogos, profesores) que trabajan en la educación afectivo-sexual de adolescentes y jóvenes proporcionan un diagnóstico de la situación actual de la educación y promoción de la salud sexual y de los cambios que ha habido en los últimos diez años, tanto en políticas

de prevención de embarazos no deseados como en transformaciones sociales. Estos explicarían el repunte que se ha registrado de las enfermedades de transmisión sexual y de las interrupciones voluntarias de embarazos entre los adolescentes y los jóvenes. Según la opinión mayoritaria, los adolescentes cuentan hoy con menos información, y de menor calidad, acerca de las enfermedades de transmisión sexual y de los diversos métodos anticonceptivos que existen, tanto porque han disminuido las campañas generales en los medios públicos como porque se han limitado los recursos para llevar a cabo campañas o talleres de educación sexual en las escuelas⁸.

En 2018, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) publicó un documento en el que define unas pautas a seguir para una educación sexual integral (ESI)⁹. En España, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, promulga la creación de una estrategia de salud sexual y reproductiva. La Ley propone que se debe garantizar el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva, métodos seguros y eficaces para evitar enfermedades de transmisión sexual, infecciones y embarazos no deseados¹⁰.

Objetivos

Objetivo general

Concienciar del aumento de las ITS, relacionado con la falta de educación sexual de la población adolescente en España.

Objetivos específicos

- Identificar el comportamiento sexual de los adolescentes.
- Conocer las intervenciones de educación sexual en España.
- Reconocer las conductas de riesgo de los adolescentes.
- Conocer las enfermedades de transmisión sexual más prevalentes en España.
- Propuesta de intervención en educación sexual.

Metodología

Se lleva a cabo una revisión integradora de la literatura científica disponible, realizada con el objetivo de conocer el aumento de las ITS en adolescentes y la falta de educación sexual. Para ello, ha sido necesario el uso de descriptores y operadores booleanos introducidos en las diferentes bases de datos para obtener los artículos necesarios.

Previamente a la realización de la búsqueda, se llevó a cabo la selección de las palabras clave mediante las cuales se ha podido desarrollar la revisión. Para ello, se ha usado tanto el lenguaje natural como los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y el Medical Subject Headings (MeSH).

Asimismo, se han empleado bases de datos de diferentes fuentes bibliográficas de Ciencias de la Salud tales como PubMed, Cochrane Plus, Pro Quest, The Lancet, Discovery y Google Scholar. Se realizó también una búsqueda manual para amplificar la información.

Como criterios de inclusión se usó el tema de infecciones de transmisión sexual, educación sexual y sexualidad en adolescencia. Han sido excluidos artículos que no han sido respaldados por sociedades científicas y bibliografía no actualizada. Se revisaron un total de 40 artículos científicos, de los cuales se han usado 33 para este artículo.

Discusión

Situación actual de las infecciones de transmisión sexual en España

En el Real Decreto de creación de la RENAVE quedaban establecidas como enfermedades de declaración obligatoria

(EDO), sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal, la infección gonocócica, la sífilis y la sífilis congénita *Chlamydia trachomatis* y linfogranuloma venéreo¹¹. Entre los años 2016 y 2019 en España ha habido un repunte de casos de ITS en mujeres, con un 156% según las estimaciones del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). El 80% de los casos diagnosticados en España en este periodo fue en mujeres de entre 15-35 años; a partir de los 35, la mayoría suele tener una única pareja y por ello la disminución de las infecciones¹².

El informe de *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España 2022* afirma que todos los años ha habido un aumento en el número de ITS, salvando el 2020, descenso que se puede atribuir a la covid-19. Como informa el informe del Observatorio Bloom *ITS en mujeres España*, en los últimos años se ha observado un repunte de casos de otras ITS como la clamidia, la sífilis y la gonorrea. Si bien este crecimiento ha afectado a toda la población, son las mujeres las que han experimentado un mayor incremento de diagnósticos de ITS. El aumento de ITS en mujeres en España fue de más de un 1.073% de 2012 a 2019. A pesar de esto, la prevalencia de ITS en hombres predomina sobre las mujeres. Respecto a la *Chlamydia trachomatis*, se confirman 26.518 y en cuanto a la gonorrea se notificaron 23.333 nuevos casos¹³ (Figura 1).



Figura 1. Situación de las ITS en España, 2022

Enfermedades de transmisión sexual más prevalentes de España

El European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) coordina desde el 2009 la vigilancia epidemiológica de la ITS en la Unión Europea¹⁴. La información epidemiológica obtenida en España se realiza a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y el Sistema de Información microbiológica incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹⁵. Es necesario cuantificar la prevalencia y la incidencia de las ITS, ya que sigue siendo importante para poder realizar una monitorización global, y así poder permitir un mayor número de intervenciones, recomendar tratamientos y tener más recursos¹⁶.

Desde 2013, el VIH tiene un descenso en la tasa de nuevos diagnósticos; sin embargo, en los últimos 10 años han ido aumentando los casos de clamidia, gonorrea y sífilis. Es cierto que los programas de cribado han avanzado con el tiempo, con lo cual mejora a la hora de detectar y declarar dichas infecciones. Entre las causas de este aumento cabe destacar el cambio social con un mayor número de parejas, la falta de educación sexual, la carencia de recursos económicos en centros de salud y de investigación¹⁷.

Otras de las causas que hace que el número de ITS aumenten en los últimos años son los casos de agresión sexual. Las ITS más diagnosticadas en Atención Especializada son la *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis*. En el caso de una agresión sexual estas ITS, junto con el VIH y el virus de la hepatitis B y la sífilis, entran dentro del cribado y la profilaxis para evitar dichas infecciones.

En un estudio llevado a cabo en 2012 y 2013 de víctimas de una agresión sexual, se detectaron algunas de estas ITS, que han de ser de declaración obligatoria¹⁸. Es importante saber diagnosticar las ITS, ya sea por una agresión sexual, así como por no utilizar métodos barreras, porque muchas de ellas no se manifiestan hasta pasado un tiempo. Desde los servicios de Atención Primaria y Especializada deben tener conocimiento para abordarlas y así recomendar la prevención, el estudio de contactos y los cribados de otras infecciones que pueden presentarse concomitantemente^{19,20}.

Con todo ello se ha visto que la infección gonocócica, sífilis y *Chlamydia trachomatis*, han tenido un aumento desde la década de 2000, hasta que se produjo un descenso en el 2020 a raíz de la covid-19. Para que todos estos datos tengan una mejoría es necesario la participación de todas las comunidades autónomas para que se realice una declaración individual con el fin de cumplimentar las variables y especialmente las relaciones con el modo de transmisión¹¹.

Comportamiento sexual de los adolescentes en España

Según las Naciones Unidas, la adolescencia se define como el periodo que comprende entre los 10 y 19 años de edad, una transición entre la niñez y la adultez, que está caracterizada por cambios sociales, cognitivos, físicos, psicológicos y sexuales²¹. Los adolescentes cada día son afectados por las ITS debido a sus relaciones precoces y a renunciar al uso del preservativo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayor incidencia suele producirse en zonas urbanas, en parejas jóvenes y solteras, que tienen un número elevado de parejas sexuales. En los países de desarrollo, las ITS se encuentran dentro de una de las complicaciones de Salud Pública^{22,23}. La rapidez en el diagnóstico de las ITS, así como su profilaxis, también son una de las causas por la que los adolescentes no usan los métodos barrera²⁴.

Entre las diferentes causas del aumento de las ITS en España se encuentran:

- Un mayor número de parejas sexuales por las facilidades de hoy en día proporcionan las redes sociales para conocer gente, acompañado de un cambio en las conductas sexuales, con una mayor libertad sexual y, a su vez, un inicio temprano de ellas, así como destacar el no uso de preservativo para las prácticas de sexo oral.
- La falta de educación sexual, tanto en jóvenes como en adultos, y la ausencia de información precisa de las ITS. Continúa también la falta de abordaje de las ITS en la familia, o con los tutores legales, dada la dificultad de su abordaje.
- Persisten concepciones erróneas entre los jóvenes sobre la transmisión, los factores de riesgo y la prevención de las ITS⁴.
- Carencia de una educación sexual temprana, inclusiva y con perspectiva de género y LGTBI+ para abordar estos desafíos, así como la promoción de relaciones igualitarias, libres de violencias y basadas en el consentimiento.
- El *chemsex* es una práctica sexual creciente en España asociada a prácticas sexuales de riesgo. Se basa en el uso intencionado de drogas estimulantes y disociativas para mantener relaciones sexuales por un largo periodo de tiempo²⁴.
- La falta de inversión de los centros de Atención Primaria para ofrecer un cribado de las ITS y hacer un estudio de contactos, así como una prevención primaria para aquellos adolescentes que han dejado los estudios o por otras causas no han recibido educación sexual¹⁷.
- El uso de pornografía también contribuye al aumento de las ITS, ya que puede favorecer conductas sexuales más permisivas, con relaciones de inicio precoz, mayor

número de parejas, no usar preservativo y mantener relaciones sexuales bajo el alcohol/drogas. En España, el primer contacto con la pornografía se suele dar entre los 9 y 11 años y se hace más regular en torno a los 14 y 16 años. Alguna de las motivaciones es para resolver dudas, muchas de las cuales podrían solucionarse si se recibiera una educación sexual precoz²⁵.

Intervenciones de educación sexual

La salud sexual se define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social en la sexualidad. Existen una serie de derechos reconocidos en el ámbito internacional, entre ellos son el derecho al placer sexual, a la educación sexual integral o la atención sanitaria²⁶.

La educación sexual cumple un rol fundamental en la preparación de los adolescentes para evitar ITS, embarazos no planificados, evitar la desigualdad y la violencia por género u orientación sexual. A pesar de la evidencia de que una educación sexual puede favorecer en la infancia y en la adolescencia y que además forma parte de los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva declarados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aún son muchos los niños y jóvenes que no tienen acceso a ella²⁷.

El principal método para disminuir las ITS es la educación sexual, y en España la ratio de las nuevas ITS está por encima de la ratio de Europa²⁸. Pese a estos datos no se están realizando intervenciones efectivas relacionadas con la educación sexual en los colegios y en centro de Atención Primaria, donde tendría un cambio muy positivo en cuanto a los conocimientos y las conductas en los adolescentes²⁹.

También es necesario invertir en investigación de nuevas estrategias para acercar información sobre las ITS en las redes sociales y tecnologías de la información, para llegar a un mayor número de adolescentes que hacen más uso de estas¹⁷.

El Plan Estratégico para la Prevención y Control de las Infección por el VIH y las ITS en España tiene la intención de trabajar en las sociedades civiles que fomentan la educación para promover una sexualidad positiva y saludable. Las acciones de este plan están dirigidas a los grupos de población clave o que presentan una mayor vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS, y también a la población general, con una especial atención a la población adolescente, jóvenes adultos y mujeres³⁰.

El objetivo general del Plan es impulsar y coordinar acciones para poder eliminar el VIH y las ITS como problema de salud pública en 2030, a través de la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las infecciones³⁰.

Se ha visto que cuanto mayor sea el nivel de conocimientos sobre las ITS menor es la prevalencia, debido a que un elevado entendimiento ayudará a comprender los riesgos

de las prácticas sexuales sin protección, tomar decisiones más informadas y prevenir la transmisión de las ITS³¹.

Asimismo, es importante destacar la formación de los trabajadores en la sala de urgencias para poder abordar las ITS, con el fin de favorecer un diagnóstico y un tratamiento rápido y eficaz, para que puedan pautar los tratamientos recomendados en las guías clínicas de las ITS³².

Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva es un aspecto importante del desarrollo humano y muchos adolescentes no reciben una educación integral y adecuada, se tienen falsas creencias o tabúes. La comunicación familiar es importante para los adolescentes, donde los progenitores transmitan valores y conceptos importantes en torno a la sexualidad³³.

Las matronas como educadoras en el terreno afectivo-sexual

Tanto la OMS como la Confederación Internacional de Matronas (ICM) reconocen que el asesoramiento y la educación sobre sexualidad y salud reproductiva se encuentran entre las competencias de las matronas^{34,35}. Por ello, su función en Atención Primaria de salud, como especialistas en salud sexual y reproductiva, las convierte en una pieza clave del equipo multidisciplinar para las actividades informativas, formativas y de diagnóstico en la esfera sexual y reproductiva.

En el *Estado de la Partería*, firmado por OMS, UNFPA e ICM de 2021³⁴, titulaban uno de sus capítulos como "Partería: una inversión vital" y en uno de los mensajes clave de este capítulo afirmaban: "Las matronas, cuando reciben formación, cuentan con licencia y están plenamente integradas y apoyadas por equipos interdisciplinarios, y en un entorno propicio, pueden proporcionar una amplia gama de intervenciones clínicas y contribuir a objetivos de salud más amplios, como promover la Atención Primaria de salud, abordar los derechos sexuales y reproductivos, promover intervenciones de autocuidado y empoderar a las mujeres".

El Colegio Americano de Enfermeras-Matronas explica acertadamente que "la sexualidad humana" y el "asesoramiento sobre conductas sexuales que promuevan la salud y prevengan enfermedades" son competencias centrales identificadas en la prestación de atención ginecológica y de planificación familiar. Y añaden: "las matronas proporcionan una evaluación de salud física, mental, genética, ambiental, sexual y social apropiada para la edad. Además, demuestra el conocimiento, las habilidades y las capacidades para brindar atención integral de salud ginecológica, reproductiva y sexual". Concluyen, por tanto, que "claramente la base para la preparación de las matronas en la atención relacionada con las ETS ya está establecida y es

una parte inherente del plan de estudios y la práctica básica de la partería³⁶.

Hay que resaltar que en EE.UU., España y otros países en los que la formación es exigente y amplia, las matronas tienen el conocimiento y las habilidades que las capacitan para estar al frente de la lucha contra las ITS. Por tanto, sería fundamental que los gestores de salud tomaran esto en cuenta.

Conclusiones

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública debido al aumento de la incidencia en los últimos años.
- Se ha demostrado que los adolescentes tienen relaciones sexuales a edades más tempranas, rechazando el preservativo, no solo en la penetración, sino en el sexo oral o anal. Conductas que conllevan un alto riesgo para adquirir ITS.
- La educación sexual es una herramienta importante asociada a una buena esperanza de vida y morbilidad relacionadas con la salud sexual.
- La educación sexual en edades tempranas se debe incluir como una prevención primaria. Se ha visto que cada día los adolescentes reciben menos información y poseen menores aptitudes sobre las ITS y sobre anticonceptivos.
- Han disminuido las campañas publicitarias de educación sexual en los centros sanitarios y en las escuelas.
- La educación sexual que se imparte actualmente sigue siendo tradicional, con poca participación de los alumnos, lo que limita la enseñanza, poniendo límites en lo que se refiere a lo sentimental, afectivo y emocional.
- Garantizar un acceso a los centros de planificación familiar incorporando acceso a los adolescentes que tengan dudas ayudaría a una prevención y control frente a las ITS.
- Que los gestores de recursos humanos (RR.HH.) realicen una gestión del capital humano de los equipos de salud por competencias con una visión clara y específica de las necesidades y los requerimientos de los diferentes puestos y funciones, porque solo así, entenderán que las matronas son pieza clave del equipo en la lucha frente a las ITS.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. James C, Harfouche M, Welton NJ, Turner KM, Abu-Raddad LJ, Gottlieb SL, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 98(5):315-29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7265941>
2. Gómez Castellá J. La prevención y Control de las ITS en España 2013-2020: una revisión integrativa [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_Revision_Planes_ITS_CCAA_2021.pdf
3. Tumbaco-Quirumbay JA, Durán-Pincay YE. VIH/Sida en Ecuador: Epidemiología, comorbilidades, mutaciones y resistencia a antirretrovirales. *Dom. Cien.* [internet] 2021 [citado 30 mar 2024]; 7(3):341-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229732>
4. López Corbeto E, Lugo Colón R, Montoro Fernández M, Casabona Barbara J; en nombre del Grupo de ITS de la Comisión de vigilancia epidemiológica de Cataluña. Epidemiological situation of post-pandemic sexually transmitted infections in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc).* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 161(3):95-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10209783/>
5. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]; 97(8):548-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6653813/>
6. Servimedia. El Instituto de Salud Carlos III advierte del aumento de las infecciones de transmisión sexual en España [internet]. Servimedia; 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.servimedia.es/noticias/instituto-salud-carlos-iii-advierde-aumento-infecciones-transmision-sexual-espana/3770977>
7. Mitjà O, Padovese V, Folch C, Rossoni I, Marks M, Rodríguez I, et al. Epidemiology and determinants of reemerging bacterial sexually transmitted infections (STIs) and emerging STIs in Europe. *Lancet Reg Health Eur.* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 34:100742. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37927427/>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. La educación y promoción de la salud sexual. Problemas y pautas de intervención con vistas a reducir los embarazos no deseados. El punto de vista de los profesionales [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 30 mar 2024]. Disponible eb: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES_

- Juventud_Monografico_Profesionales_Educadores_Sanitarios.pdf
9. López González UA, Legaz Sánchez EM, Cárcamo Ibarra PM, Lluch Rodrigo JA. Estudio descriptivo de los recursos sobre Educación Sexual en el ámbito no-formal disponibles en España. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 97:1-58. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL97/ORIGINALES/RS97C_202302014.pdf
 10. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE [internet] núm. 55, de 4 de marzo de 2010.
 11. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2021 [internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2023. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Vigilancia_ITS_1995_2021.pdf
 12. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Los casos de ITS en mujeres en España aumentaron un 1.073% entre 2012 y 2019 [internet]. Madrid: SEMES; 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.semes.org/los-casos-de-its-en-mujeres-en-espana-aumentaron-un-1-073-entre-2012-y-2019/>
 13. Observatorio de salud Femenina. Enfermedades de transmisión sexual. BLOOM; 2022.
 14. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrea. Annual epidemiological report for 2016 [internet]. Stockholm: ECDC; 2018 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2016-gonorrhoea.pdf
 15. Unidad de vigilancia del VIH, hepatitis y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2018 [internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2020 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Vigilancia_ITS_1995_2018_def.pdf
 16. Rodríguez Ganger J, Espadafor López B, Cobo F, Blasco Morante G, Sampedro Martínez A, Tercedor Sánchez J, et al. Actualización en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual. *Actas Dermosifiliogr*. [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]; 111(9):711-24. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-diagnostico-infecciones-transmision-articulo-S0001731020302350>
 17. Agustí C, Mascort J, Casabona J. El rompecabezas de las ITS: causas plurales, impacto profundo. *Aten Primaria*. [internet] 2024 [citado 30 mar 2024]; 56(5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rompecabezas-its-causas-plurales-S0212656724000258>
 18. Hernández Ragga L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez Sáez C. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]; 37(3):187-94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X18303756>
 19. Corpodean A, Jiménez R, Moles-López E, Añaños Bedriñada F. Delitos sexuales en España: análisis de los programas e intervención socioeducativa penitenciaria. *Diálogos sobre educación* [internet] 2024 [citado 30 mar 2024]; 15(2). Disponible en: <http://dialogossobreeduccion.cucsh.udg.mx/index.php/DSE/issue/view/47>
 20. De la Poza Abad M, Roca Saumell C, Besa Castella M, Carrillo Muñoz R. Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (II). Lesión ulcerada genital. Vulvovaginitis. Virus del papiloma humano *Aten Primaria*. [internet] 2024 [citado 30 mar 2024]; 56(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10716001/>
 21. Martínez-Guisasola Campa J, Guerrero Ibáñez M. Embarazo y maternidad en adolescentes *Pediatr Integral* [internet] 2022 [citado 30 mar 2024]; XXVI(5):289-99. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/xxvi05/03/n5-289-299_JavierMartinez.pdf
 22. Salas-Márquez C, Bosch García R, Repiso Jiménez JB, Clavo Escribano P, Rivas Ruiz F. Development of a Questionnaire on Knowledge, Habits, and Attitudes on Sexually Transmitted Infections in Teenagers and Young Adults. *Actas Dermosifiliogr*. [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731023009407>
 23. Sanz-Lorente M. Las enfermedades de transmisión sexual en el siglo XXI. *Hosp. domic*. [internet] 2023 [citado 30 mar]; 7(2):91-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152023000200003&lng=es
 24. ERESVHIDA. Las ITS se disparan en España 2024. ERESVHIDA [internet] [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.eresvihda.es/reportaje/las-infecciones-de-transmision-sexual-se-disparan-en-espana/>
 25. Villena-Moya A, Testa G, Hodann-Caudevilla RM, Chiclan-Actis C, Mestre-Bach G. Pornografía en la edad infantojuvenil: situación actual y su prevención. *Pediatr Integral* [internet] 2024 [citado 30 mar 2024]; XXVIII(1):66.e1-66.e6. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2024-01/pornografia-en-la-edad-infantojuvenil-situacion-actual-y-su-prevencion>

26. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health [internet]. Geneva: WHO; 2006 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.ceslas.lu/perch/resources/whodefinessexualhealth.pdf>
27. López González UA, Legaz Sánchez EM, Cárcamo Ibarra PM, Lluch Rodrigo JA. Estudio descriptivo de los recursos sobre Educación Sexual en el ámbito no-formal disponibles en España. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 97:22. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL97/ORIGINALES/RS97C_202302014.pdf
28. Salas-Márquez C, Bosch García R, Repiso Jiménez JB, Clavo Escribano P, Rivas Ruiz F. [Artículo traducido] Generación de un cuestionario sobre conocimientos, hábitos y actitudes sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes y adultos jóvenes. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [internet] 2024 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731024000759>
29. García Vázquez J, Quintó Domech LI, Nascimento M, Agulló-Tomás E. Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana. *Rev. Esp. Salud Pública* [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100044&lng=es
30. Koerting A, Gómez J, del Amo Valero J. Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH. Un avance en la defensa de los derechos de las personas con el VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 11(29):42-7. Disponible en: <https://www.revista-multidisciplinardelsida.com/pacto-social-por-la-no-discriminacion-y-la-igualdad-de-trato-asociada-al-vih-un-avance-en-la-defensa-de-los-derechos-de-las-personas-con-el-vih/>
31. Huanga Huanga GZ, Ojeda Sánchez JC. Conocimientos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Salud, Ciencia y Tecnología* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/257>
32. Salas-Márquez C, Bosch García R, Rivas Ruiz F, De Troya Martín M. [Artículo traducido] Impacto de la formación dirigida a los profesionales sanitarios de urgencias sobre el manejo de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual, *Actas Dermo-Sifiliográficas* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 114(\$):T353-T355. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731023001503>
33. Samaniego Morales FM, Gómez Barria LI, Salas Suárez JC. Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. *Revista Ciencias De La Salud* [internet] 2023 [citado 30 mar 2024]; 21(1):1-15. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10375>
34. World Health Organization (WHO). The State of the World's Midwifery [internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications/item/sowmy_2021
35. International Midwives (ICM). Essential Competencies for Midwifery Practice. ICM [internet] 2019 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
36. American College of Nursing-Midwives (ACNM). Core Competencies for Basic Midwifery Practice. ACNM [internet] 2020 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://www.midwife.org/acnm/files/acnmldata/uploadfilename/000000000050/ACNMCoreCompetenciesMar2020_final.pdf



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.

Enfertecca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.

Programas de posgrado universitarios.



¹ Rosa M^a Plata Quintanilla
² Elena Fernández García

Auscultación fetal: aceptación, expectativas diagnósticas y desarrollo de los estetoscopios obstétricos

¹ *Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España).*

E-mail: rplataq@gmail.com

² *Matrona. C.S. Vicente Soldevilla. Madrid (España).*

Fecha de recepción: 14 de octubre de 2023.
 Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2023.

Cómo citar este artículo:

Plata Quintanilla RM, Fernández García E. Auscultación fetal: aceptación, expectativas diagnósticas y desarrollo de los estetoscopios obstétricos. *Matronas hoy* 2024; 12(1):55-68.

Resumen

Introducción: la auscultación fetal en el siglo XIX fue un hito en la historia de la Obstetricia por la relevancia que supuso conocer la situación vital del feto en todas las etapas de la gestación y en el momento más vulnerable del parto. La aceptación del método y las expectativas diagnósticas, en el inicio, fueron controvertidas e incluso dispares, pero generó un estímulo por la investigación en fisiología fetal, el feto ya con consideración de entidad propia, que condujo a conocimiento científico y paralelamente a desarrollar instrumentos válidos para la detección del latido fetal y control de su estado.

Objetivo: relatar y contextualizar los antecedentes históricos de la auscultación obstétrica que aportó conocimientos y comprensión sobre el embarazo y el estado fetal. Mostrar el desarrollo de los estetoscopios obstétricos, base de la auscultación fetal aún en uso.

Material y método: búsqueda en libros de texto y revistas médicas históricos sobre Ginecología y Obstetricia.

Discusión y conclusiones: a través del conocimiento científico de los siglos XVI al XVIII en anatomía, fisiología y embriología, la vida por nacer ganó más atención y el feto fue considerado como un ser independiente digno de protección, cuya vida primaba sobre el bienestar materno. El descubrimiento de la auscultación fetal, que contribuyó a este avance, ha sido uno de los recursos diagnósticos importantes para lograr la mejora de la asistencia obstétrica y que, aún útil, ha dado paso a otras mejoras diagnósticas para el control del estado fetal.

Palabras clave: Kergaradec; auscultación fetal; auscultación obstétrica; *accouchers*; matronas; latido fetal; vitalidad fetal; sufrimiento fetal; estetoscopios, estetoscópos.

Abstract

Foetal auscultation: acceptance, diagnostic expectations, and development of obstetric stethoscopes

Introduction: foetal auscultation in the 19th century represented a milestone in the history of obstetrics, due to the relevance associated with knowing the life situation of the foetus in all gestational stages and at the most vulnerable moment of delivery. Initially, the acceptance of this method and its diagnostic expectations were controversial and uneven, but it generated a stimulus towards research in foetal physiology, considering the foetus as an entity on its own, which led to scientific knowledge, and in a parallel way, to the development of valid instruments to detect foetal heartbeat and control its status.

Objective: to describe and put into context the historic background of obstetric auscultation, which provided knowledge and understanding on pregnancy and foetal status. To show the development of obstetric stethoscopes, the basis for foetal auscultation still used today.

Materials and method: search in historic textbooks and medical journals on Gynaecology and Obstetrics.

Discussion and conclusions: through the scientific knowledge in the 16th to 18th centuries about Anatomy, Physiology and Embryology, life to be born gained more attention, and the foetus was considered an independent being deserving protection, whose life was prioritized over maternal wellbeing. The discovery of foetal auscultation, which contributed to this advance, has been one of the important diagnostic resources to achieve an improvement in obstetric care; and although still used, it has given way to other diagnostic improvements for monitoring foetal status.

Key words: Kergaradec; foetal auscultation; *accouchers*; midwives; foetal heartbeat, foetal vitality; foetal stress; stethoscopes.

Introducción

Enlazando con el artículo anterior, "Un hito en obstetricia: la auscultación fetal", seguimos desgranando esta parte de la historia de la Medicina que ha contribuido significativamente a la mejora de la asistencia obstétrica, tanto para el feto como para la madre.

Habitualmente, los inicios no suelen ser nunca fáciles y así, en el caso que se aborda, a la adquisición de conocimientos científicos sobre fisiopatología fetal, que en el momento eran prácticamente nulos, hubo que añadir prejuicios particulares por desconocimiento, la mayoría; e incluso intereses de los que ni siquiera el mundo de la Medicina, en el que presumiblemente por su matiz de servicio a la humanidad estaría libre de ellos, lo estuvo.

Hay que recordar, por otra parte, que el acceso de los varones a la asistencia obstétrica aún era reciente, y existía una pugna por hacerse un nombre y conseguir un estatus en el contexto médico a través de su entrada en una esfera que estuvo históricamente en manos de mujeres, matronas. Lo consiguieron con el ejercicio del sistema de dominación y subordinación más opresor, el de género, impidiéndoles a estas su avance y desarrollo, una realidad hoy incontestable.

Las matronas se quedaron "atrás" inevitablemente, porque los cirujanos tuvieron el interés concreto de ocupar esta parcela de la asistencia femenina para su acceso al mundo médico. Al tener el poder que su género les otorgaba, sometieron a las matronas, restringiéndoles el acceso a la formación a todos los niveles y, consecuentemente, la posibilidad de lograr avances en la asistencia obstétrica cada vez más necesitada de sustento científico.

Es curioso observar, entre la pléyade de autoridades citadas en el trabajo, la aparición de Madame Boivin, Marie Anne Victoire Gillain Boivin (1773-1841), matrona francesa coetánea. Sin duda lo fue porque ya en su época era una autoridad tal que ha sido considerada una de las mujeres más importantes en Medicina del siglo XIX. Sus inventos, un pelvómetro y un espéculo vaginal; lo mismo que sus estudios sobre la causa de ciertos tipos de sangrado, de abortos espontáneos, enfermedades de la placenta y del útero; y sus libros de textos, algunos reeditados, fueron de uso para médicos y matronas ilustrados de la época¹⁻⁷. También fue traductora de obras de obstetras ingleses^{8,9}. A todo esto hay que añadir su habilidad e innovación en los tratamientos quirúrgicos ginecológicos, referenciados en los boletines de la Facultad de Medicina y Académie Royale de Médecine de París, por todo lo que se hizo acreedora de la membresía en varias sociedades médicas de la época. Lo cierto es que muchos cirujanos-parteros (*accouchers*) aprendieron de ella y de otras matronas anteriores como Lachapelle, su maestra.

Boivin fue sobresaliente entre las matronas, pero no la única, aunque definitivamente fueron pocas las que han pasado a la historia de la Medicina por los impedimentos que, por razón de género, tuvieron que soportar; de cualquier forma, fue una de las primeras que escucharon el latido fetal, motivo de su mención en este trabajo.

Objetivo

- Relatar, en el contexto histórico, exponiendo las causas y sus consecuencias, el proceso de implementación en la asistencia obstétrica de la auscultación obstétrica, que aportó conocimientos y comprensión sobre el embarazo y el estado fetal, iniciando el estudio de la fisiopatología fetal.
- Mostrar el consecuente desarrollo de los estetoscopios obstétricos, base de la auscultación fetal aún en uso.

Material y método

Revisión de libros de textos y revistas médicas históricos sobre Ginecología y Obstetricia, fundamentalmente procedentes de la Plataforma Digital de la Biblioteca Nacional de Francia (BNF), país donde se inició la auscultación con Laënc y su aplicabilidad a la auscultación obstétrica por Kergaradec, sin olvidar la potencia de la Obstetricia en Francia en sus comienzos como ciencia.

También se ha extraído documentación de la Biblioteca Interuniversitaria de Medicina de París (BIUM), la Biblioteca numérica de Lyon, la Wellcome Collection y la base de datos Libros Google.

Implantación de la auscultación de la mano de los adeptos

J.A.H. Depaul, que dedicó más de 10 años de su vida al estudio de la auscultación obstétrica y apoyó entusiastamente la práctica de Kergaradec, dejó reflejadas estas circunstancias:

*"Si el inmortal descubrimiento de Laennec fue acogido con una especie de entusiasmo por todos aquellos que se interesan por el progreso de la Medicina, no fue lo mismo su aplicación al arte del parto: largamente descuidado, rechazado incluso por hombres cuyo nombre es autorizado en la ciencia, difícilmente lo es si, en nuestro tiempo, algunos médicos están de acuerdo en darle la importancia que merece. En su mayor parte, este nuevo modo de investigación ocupa un rango completamente secundario y solo se pone en juego en circunstancias excepcionales"*¹⁰.

Tarnier replicaba esta afirmación años más tarde, cuando explicaba en su *Tratado de Partos* que "tras la publicación

de las memorias de Kergaradec, algunos obstetras, entre los cuales lamentamos encontrar los nombres de Siebold, Duges, Capuron, negaron la utilidad de la auscultación obstétrica; otros, por el contrario, fueron favorables y la popularizaron; sin embargo, entre los primeros partidarios de la auscultación, es casi indispensable citar a Maygrier, d'Outrepont, Ulsamer, Lau, Huaus, Bitgen, Froriep, Naigele, etc. En el mes de diciembre de 1831, P. Dubois, realizando ante la Academia de Medicina de París un notable informe sobre una memoria presentada unos meses antes por Bodson, aprovechó esta oportunidad para exponer los resultados de su experiencia personal. Kennedy (1830-1833) en Inglaterra; Hohl (1833) y Kilian (1834) en Alemania; Velpeau (1835), Jacquemier (1837), Stoltz y Carrière (1838) en Francia, todos publicaron importantes memorias o artículos sobre este tema¹¹.

Alemania fue uno de los países que antes y con más entusiasmo abrazaron la teoría de Kergaradec. En el mismo año en que apareció el tratado de Lejumeau de Kergaradec se publicó una traducción del mismo en Alemania y Heufelder también proporcionó un extracto del mismo en el séptimo número de *Medicinische Annalen* en 1822, al que agregó comentarios para los iniciados o que fueran a iniciarse en auscultación¹².

El primer alemán que investigó y publicó sobre el particular fue C.A. Lau, cuya tesis, en 1823, la tituló *La eficacia del tubo acústico para el diagnóstico del embarazo (De Tubi acustici ad sciscitadam graviditatem efficacia)*. Justifica en el prólogo su idea de investigación a la vez que aprueba implícitamente el descubrimiento de la auscultación obstétrica: "No solo en el ejercicio de la Medicina en cuanto al cuidado de los enfermos, la verdad es de suma importancia también en materia forense, para que se sepa no solo con la mayor probabilidad, sino también con cierta evidencia, si una mujer está embarazada o no; y por lo tanto todo lo perteneciente a este fin no debe ser descuidado ni por el médico ni por el obstetra, sino que debe ser tomado con la mayor diligencia. A mí, en efecto, el tubo acústico, recientemente descubierto por Laennec, adaptado a la detección de enfermedades del pecho, y utilizado por Lejumeau de Kergaradec para detectar el embarazo, me pareció suficiente para presentar el argumento de la disertación inaugural".

En la tesis nombraba a los médicos que inicialmente fueron favorables al descubrimiento de Kergaradec, que por la proximidad a la fecha del descubrimiento y porque algunos no fueron nombrados por Tarnier 60 años después, no deben quedar en el olvido: Recamier, Beclard, Foderé, de Lens, Laennec, Dubois, Petit, d'OutrePont, Mounoir, Kluge, Hauck, Büttner, etc., e incluso apunta, las reticencias de Dugés¹³.

Para quienes deseen profundizar en el tema hay un índice exhaustivo de trabajos relacionados, recogidos en el

Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army de 1880¹⁴.

A juzgar por el comentario de Dieterlen, el control del estado fetal, más de seis décadas después de su descubrimiento, estaba más o menos restringido al pronóstico del parto, en aquellas circunstancias, derivadas de la condición de la madre o del niño, que podrían, por su propia gravedad, requerir una terminación inmediata del parto. Por eso afirmaba: "El estetoscopio para el niño, el termómetro para la madre, serán las dos fuentes principales de indicaciones operativas. Nunca se descuidará su uso tan pronto como el trabajo se extienda más allá de los plazos ordinarios". Y explicaba: "Un feto que, tras la rotura de la bolsa de aguas, queda detenido durante más de cuatro o cinco horas a la altura del suelo pélvico, en la mayoría de los casos está muy comprometido, si no perdido. Debemos vigilarlo con mucho cuidado, utilizando constantemente el estetoscopio y guiándonos por la información que nos brinda.

A veces, los latidos del corazón fetal se aceleran por un momento, sin poder sacar un pronóstico desafortunado. El señor Depaul atribuye esta aceleración temporal a una excitación cuyo origen está en el propio feto; puede seguir a una agitación anormal del feto o a una mutación.

La desaceleración de los ruidos cardiacos es constante durante el trabajo de parto en el mismo momento de la contracción. Cuando se vuelve permanente, tiene mal pronóstico; cuando los latidos bajan de cien, cuando se vuelven irregulares, desiguales, debilitados, hay que hacer todo lo posible para extraer el feto cuya vida se ve entonces muy amenazada¹⁵.

Aún quedaba mucho por entender de la fisiología fetal, depurar la técnica de la auscultación, la cual indudablemente se veía afectada por la pericia del observador junto a las condiciones de la mujer y el embarazo (como obesidad, hidramnios, presentaciones fetales anómalas, etc.), que podían complicar la escucha fetal y su interpretación: "Si hay un método de examen cuyo valor es indiscutible es, seguramente, la auscultación aplicada al diagnóstico de la vida o muerte del feto. Sin embargo, si el mero hecho de oír los dobles latidos permite afirmar con certeza la vida del feto, la contrapartida de esta proposición no siempre es exacta, y se han observado casos en que el feto nació vivo, aunque no se escucharon los latidos del corazón", sentenciaba Bar en 1889¹⁶.

Desde 1821, el valor de la auscultación, aun con negaciones y detracciones, siguió el rumbo de los acontecimientos, profundizando en el estudio clínico del ritmo cardiaco fetal y su relación con la dinámica uterina. El entrenamiento en auscultación fetal hasta que su práctica se convirtió en tan imprescindible como rutinario, hasta el punto de que afirmaban las matronas francesas, en 1898, que "el este-

*toscopio es de uso común hoy en día en Obstetricia y es el instrumento que siempre acompaña a la persona, matrona o médico, que asiste una mujer en trabajo de parto*¹⁷.

Años después, sin embargo, el propio Pinard plasmaba el siguiente comentario que ponía al descubierto la irregular aceptación y uso del instrumento: *"Quizá también les sorprenda comprobar que, en la patria de Mayor, la auscultación obstétrica se pasa tan en silencio que ni siquiera se reclama la presencia de un estetoscopio en la trousse (maletín) de la matrona"*, lo que implícitamente también confirmaba que las matronas se instruían en su uso y lo habían añadido a su exiguo arsenal de trabajo¹⁸.

Es probable que un buen colofón a la tortuosa introducción de la auscultación fetal sean las palabras de Jacob Katz, alemán estudioso y entusiasta del método: *"Porque solo desde que Lejumeau de Kergaradec usó el latido del corazón fetal para determinar con certeza el embarazo, la Obstetricia finalmente tuvo esa certeza que debiera haber sido tan bienvenida en la ciencia racional"*¹⁹.

La Opinión de Madame Boivin (matrona)

Es de destacar que Depaul, en su gran trabajo sobre auscultación fetal, recogiera la opinión de la célebre matrona Madame Boivin, probablemente la primera matrona que tuvo acceso a la auscultación fetal y cuya consideración en la actividad obstétrica era muy alta, por lo que Depaul no tuvo dudas en incluirla entre la de los próceres masculinos de la época. Depaul afirma al respecto que *"a pesar de los importantes trabajos que ya habían aparecido sobre la auscultación obstétrica, Madame Boivin, en la cuarta edición de sus memorias del parto, apenas dijo algunas palabras sobre esta interesante cuestión"*^{10,20}. Respecto a las funciones de la placenta, Madame Boivin dice que creyó oír un murmullo placentario, pero que, por su parte, aunque muy atenta, nunca percibió claramente este ruido o, cuando escuchó algo análogo, lo atribuyó a veces a la respiración de la madre o a la suya, a veces al latir de las arterias que rodean el útero. Sin embargo, recuerda los experimentos de M.P. Dubois, que habrían llevado a este hábil observador a hacer residir este ruido de respiración en la circulación tumultuosa de los senos venosos del útero. En lo relativo al embarazo gemelar, después de haber dicho lo engañosos que son los signos que se han dado como característicos de los embarazos gemelares, añade que la auscultación, aun practicada por experimentadores tan diestros como concienzudos, no ha resuelto todavía el asunto¹⁰.

Al menos, a esta preeminente matrona se le reconoce la prudencia de no rechazar por principio el descubrimiento, la modestia de asumir la falta de pericia para detectar los latidos fetales, la comprensión de los mismos y la cautela para no aceptar sin cuestionamientos la novedad.

Es curioso el protagonismo de los médicos en todos esos años y el ignorado de las matronas que, obligada y silenciosamente, fueron incorporando la auscultación a su trabajo que, como bien sabemos, era la atención a la inmensa mayoría de los partos, puesto que la mayor parte de los médicos en ejercicio libre se reservaban para atenciones exclusivas por razón de clase o complicaciones en el trabajo de parto.

Expectativas sobre la auscultación fetal

Las razones de la utilización de la auscultación mediata (estetoscopio) sobre la inmediata las resume Maillot:

- Por la mayor facilidad que da a la auscultación, reduciendo la congestión sanguínea hacia la cabeza del partero/a y permitiéndole tomar posiciones menos problemáticas.
- Porque permite auscultar un mayor número de puntos del útero.
- Porque hace que sea más fácil deprimir las asas intestinales interpuestas y la matriz misma.
- Porque facilita aún más la circunscripción de los sonidos del embarazo, determinar su localización y su pico de intensidad y, en consecuencia, diagnosticar las posiciones y presentaciones²¹.

Aquellos que acogieron con inusitadas expectativas la auscultación obstétrica se ilusionaron con todo un mundo de posibilidades en su aplicación. Además de confirmar el embarazo y la vitalidad del feto intra-útero, se especuló con un buen número de aplicaciones en su uso.

Así en 1878 Ribemont concluía:

"Nadie se atrevería hoy a dudar del valor de la utilización de los dobles latidos, cuando se trata de pronunciarse sobre la existencia del embarazo, sobre el estado de vida o muerte del feto, sobre su estado de salud o sufrimiento durante el parto.

El descubrimiento inmortal de Laënnec, desde la aplicación a la Obstetricia hecha por M. Mayor, en Ginebra, y en Francia, Lejumeau de Kergaradec, se ha convertido de uso universal.

Ya en 1821, M. de Kergaradec había soñado con ampliar el campo de la auscultación obstétrica utilizando este nuevo modo de exploración para diagnosticar las presentaciones y posiciones del feto. Pensó, de hecho, que los sonidos del corazón fetal deben ser transmitidos más enérgicamente, si no exclusivamente, al oído por una región limitada de su cuerpo (la región dorsal).

Por lo tanto, la intensidad de los latidos dobles es tanto mayor cuanto que las relaciones de esta región con las

paredes uterina y abdominal sean más inmediatas. La determinación del punto en el que los sonidos del corazón se escucharon con más fuerza, más agudamente, tenía la intención de hacer posible reconocer la situación ocupada por el feto en la cavidad del útero.

Esta concepción racional tuvo una fortuna diversa.

Mientras que, de hecho, Ulsamer, Lau, Desormeaux, Laënnec, Kennedy, Stoltz admiten la posibilidad de reconocer la presentación y posición del feto en la cavidad uterina, por medio de la auscultación; Dugès, Boivin, Siebold, Capuron no atribuyen ningún valor a este modo de examen. Maygrier y Velpeau atribuyen a la auscultación solo una importancia mínima.

Paul Dubois, en el notable informe que hizo a la Academia sobre las memorias de M. Bodson, mostró que no atribuía un valor absoluto a la auscultación.

Desde entonces, importantes obras de Hohl, Kilian, Newman-Sherwood, las de los señores Jacquemier, de Naegele M. Carrière d'Azerailles Professor Depaul y las más recientes de los señores Devilliers y Chailly, sacando la cuestión de la vaguedad donde quedó, al precisar los términos del problema, establecieron que el estetoscopio podía proporcionar, durante el embarazo y el parto, valiosa información sobre la situación que ocupaba el feto.

Todos, sin embargo, no juzgan la auscultación con el mismo favor. Hohl admite que el punto donde mejor se escuchan las pulsaciones fetales generalmente indica la posición del niño, pero confiesa que nunca ha podido diferenciar, en las posiciones occipito-ílicas derechas, una variedad anterior de una posterior.

Naegele júnior admite la posibilidad de reconocimiento de posición, pero no de presentación.

M. Jacquemier precisa solo cuando hay un comienzo del trabajo de parto; el útero amoldándose entonces a las partes que contiene.

El profesor Depaul, quien, primero en su tesis inaugural, y luego en un tratado completo, hizo un minucioso estudio de la auscultación obstétrica, otorga a este medio de exploración un valor casi absoluto, en lo que se refiere al diagnóstico de presentaciones, posiciones y variedades de posiciones.

MM. Devilliers y Chailly admiten la posibilidad de reconocer en muchas circunstancias las presentaciones y las posiciones, pero creen que casi nunca se pueden distinguir las posiciones anteriores de las posteriores del mismo lado, teniendo en cuenta únicamente los signos proporcionados exclusivamente por la auscultación.

No tenemos que buscar aquí las múltiples causas de estas divergencias de apreciación. Nos limitaremos a señalar

que la diferencia en la elección de los puntos maternos y de las líneas de referencia condujo inevitablemente a algunas diferencias en los resultados.

Sabemos, en efecto, que el profesor Depaul divide correctamente el globo uterino en cuatro regiones, mediante dos líneas, 'una trazada horizontalmente hacia la mitad de la altura del útero', la otra 'vertical, que, partiendo de la cumbre de este órgano, cae sobre el pubis, cortando el primero en ángulo recto'.

M. Stoltz, por el contrario, y después de él MM. Devilliers y Chailly, divide el abdomen mediante dos líneas perpendiculares entre sí, cuya intersección corresponde a la cicatriz umbilical²².

La ilustración de Depaul (Imagen 1) muestra los diferentes puntos de auscultación para determinación del embarazo. El examinador primero aplica su estetoscopio en D, si no puede oír los sonidos en este punto, o los oye solo indistintamente, escucha en C; finalmente, prueba los puntos A y B, si no se ha obtenido un resultado satisfactorio, auscultando en D o C¹⁰.

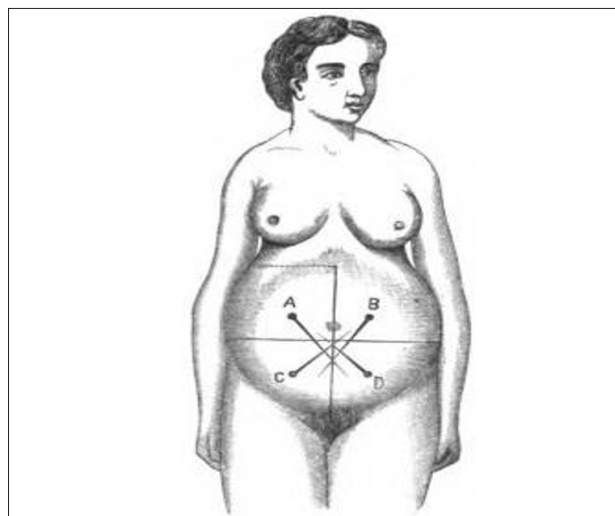


Imagen 1. Diagnóstico de embarazo por auscultación según Depaul¹⁶

Sea como fuere, los autores citados admiten como línea de demarcación entre las presentaciones la primera de estas, y hacen que la segunda juegue el mismo papel en cuanto al diagnóstico de posiciones.

Es interesante leer el estudio de Ribedemont ("Investigación sobre la anatomía topográfica del feto, aplicaciones a la obstetricia") indicando las relaciones del corazón mediante cortes de cadáveres de fetos congelados y buscando el modo de transmisión de los ruidos cardiacos del niño para ampliar las hipótesis y certezas sobre la auscultación para la localización de presentaciones que,

por cuestión de espacio, no se puede introducir en este documento²².

En 1884, Cantacuzène, en su tesis realizada bajo la inspiración de Pinard, calculó los focos de auscultación para cada posición²³. Por su parte Verrier²⁴, coincidiendo con Ribedemont, y Cantacuzène, deja escritas unas nociones teóricas esenciales sobre la auscultación fetal y el uso del estetoscopio:

- Sobre el feto, flexionado como está en el útero, el corazón está a la altura de los hombros.
- Los ruidos cardiacos se escuchan al máximo cuando se aplica el estetoscopio en la región precordial. Todavía son audibles con claridad, aunque menos vívidamente, hacia el plano dorsolateral izquierdo del feto; el plano dorsolateral derecho los transmite, pero amortiguados.
- Desde el foco máximo (pleno), los sonidos del corazón se extienden hacia el asiento; cuando se escucha a la cabeza, no se oye nada.

Por lo tanto, dada la actitud del feto en el útero, habrá diferencias entre la región accesible al estetoscopio, el foco máximo y la intensidad relativa de sonido del corazón fetal.

Auvard²⁵ apunta explícitamente la viabilidad más importante del uso de la auscultación obstétrica: *"La percepción de los latidos también permite el seguimiento de la vida fetal, y durante el parto, proporciona a la matrona/partero información valiosa sobre la necesidad de una intervención rápida, cuando hay motivos para salvar una vida en peligro"*.

Otras posibles indicaciones de la auscultación fueron el diagnóstico de la gemelaridad y la posibilidad de detectar un embarazo extrauterino por auscultación.

La ilusión del descubrimiento y su aplicabilidad pareciera hoy en día que no tenía límites para los adeptos al método, lo que afirma este autor que de forma explícita también refiere la aceptación de su práctica cuando dice: *"En la actualidad es familiar y practicado por todo partero formado, aunque todavía hay algunos puntos, como la detección del sexo del niño a partir de la frecuencia relativa de las pulsaciones cardiacas y la influencia de algunas formas de distocia en el ritmo del corazón fetal, que aún están abiertos a discusión"*²⁴.

Estudio del latido fetal

Desde la primera escucha del corazón fetal relatada por Kergardec, las investigaciones sobre su significado, implicaciones y manifestaciones fueron un proceso muy largo.

Hubo de determinarse lo que era el latido cardiaco distinguiéndolo del soplo placentario, de los ruidos consecuencia de los movimientos activos del feto, de las perturbaciones del líquido amniótico, etc.

Fue imprescindible estudiar la fisiología de la frecuencia cardiaca fetal y con ella el rango de normalidad del latido cardiaco, lo que llevó emparejado los cuestionamientos sobre los cambios de ritmo, la fuerza y frecuencia de los latidos como casusa del sufrimiento fetal o muerte del feto, las bradicardias como signo de sufrimiento fetal o las sensaciones disfóricas en situaciones concretas del trabajo de parto sin afectación vital, las relaciones entre el latido fetal y las aceleraciones del pulso materno por enfermedades agudas o crónicas de la mujer embarazada, la influencia de los movimientos de la madre o de la ingesta de comida o la excitación producida por el alcohol, la influencia de las contracciones en el ritmo fetal, y un largo etcétera de circunstancias que abarcaron más de un siglo de estudios que podría decirse que no han concluido en el siglo XXI, ni siquiera con la incorporación de nuevos y mejores sistemas de detección del latido fetal.

Dos siglos después del descubrimiento de la auscultación obstétrica, se ha incorporado al arsenal diagnóstico del latido fetal la fonocardiografía, la ultrasonografía y la monitorización electrocardiográfica, esta última se maneja habitualmente en la asistencia obstétrica y aún no ha despejado todas las lagunas que su alta sensibilidad y menor especificidad propician. Sin duda un capítulo interesante de la Obstetricia para revisar en otra investigación, dada su extensión e importancia.

Desarrollo de estetoscopios obstétricos

La misma diversidad de estetoscopios creados para la auscultación cardiopulmonar se produjo al hilo de la implantación y desarrollo de la auscultación obstétrica, porque obviamente los médicos se habían dado cuenta de que la forma (y materiales) de estos instrumentos no eran irrelevantes.

Tras Laënc, Piorry propuso cambios y realizó varias versiones, a las que fueron siguiendo nuevos modelos de otros autores.

La auscultación obstétrica fundamentalmente se estaba llevando a cabo en los inicios con los modelos de Piorry, Bigelow, Williams, etc., pero eran necesarios cambios para mejorar su práctica.

El estetoscopio llamado de Piorry fue el más popular en Francia en el siglo XIX y de él se hicieron numerosas versiones. Por extensión del lenguaje, la asociación de la madre con el marfil suele definir un estetoscopio Piorry²⁶ (Imágenes 2 y 3).

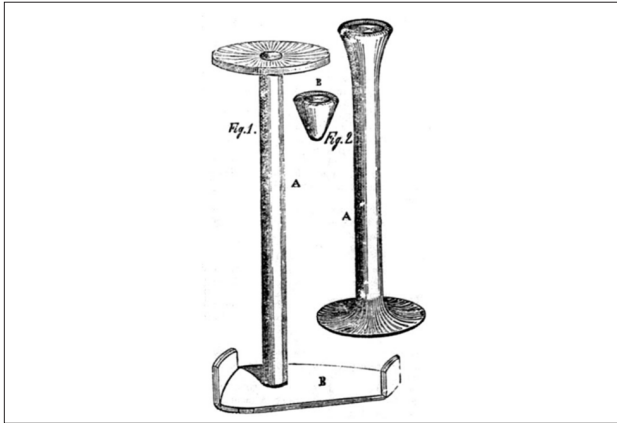


Imagen 2. Estetosocopio original de Piorry

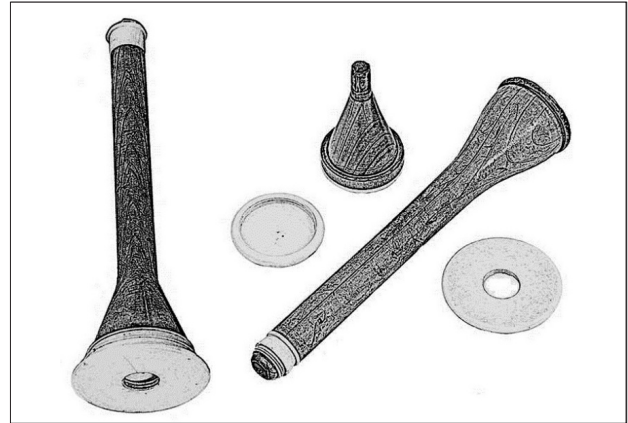


Imagen 3. Estetosocopio de Piorry (boj y marfil)

1829. Es probable que Maygrier estuviera pensando en los estetoscopios usados en su época cuando escribió: "El uso del estetoscopio, si fuera posible aplicarlo dentro de la vagina, ¿podría proporcionar, después del tercer mes, resultados valiosos para confirmar el estado de plenitud del útero?". No lo sabemos, pero no es menos cierto que M. Nauche retomó esta idea y que no solo describió, sino que representó un instrumento que designó con el nombre de metroscopio, con el que inició la auscultación intravaginal, para lo que proponía introducir su dispositivo en la porción vaginal del útero, aunque no ofreció las ventajas que esperaban de él²⁷ y cuya primigenia idea, como ya se ha dicho, pertenece a Maygrier.

El inventor agrega que se puede, además, percibir el latido de las arterias vaginales y uterinas, e incluso las de la placenta, cuando este órgano se inserta en el orificio²⁸. Si bien los ruidos vasculares del útero y los movimientos fetales podían ser percibidos muy tempranamente, la dificultad y complejidad de este método, el desagrado que producía a las mujeres, la irritación del canal genital asociada con el instrumento, resultaba en demasiada desproporción con los resultados obtenidos como para introducir su uso general²⁷.

Se compone de un tubo de madera de 40 cm de largo por 15 a 18 mm de diámetro, curvado casi en ángulo recto en el primer cuarto de su longitud. Uno de sus extremos es redondeado y pulido, para ser introducido a la parte inferior de la vagina e incluso en la cavidad del cuello uterino. El otro extremo soporta una placa de marfil para la oreja, este instrumento a lo largo de su longitud se separa en tres para hacerlo más portátil (Imagen 4).

1834. El primero en realizar el diseño del estetoscopio fetal fue Anton Friedrich Hohl, que diseñó uno en forma de cono y más corto que el del diseño cilíndrico de Laenec, que transmitía con más claridad el latido fetal y permitía evitar la confusión con el ruido de las arterias que se en-

contraban en las proximidades de la oreja, según su opinión¹⁰.

El estetoscopio de Hohl (Imagen 5) consta de dos partes, la parte auricular y tubo. El primero (B) es un disco cóncavo de 2 pulgadas de diámetro; su profundidad, que aumenta

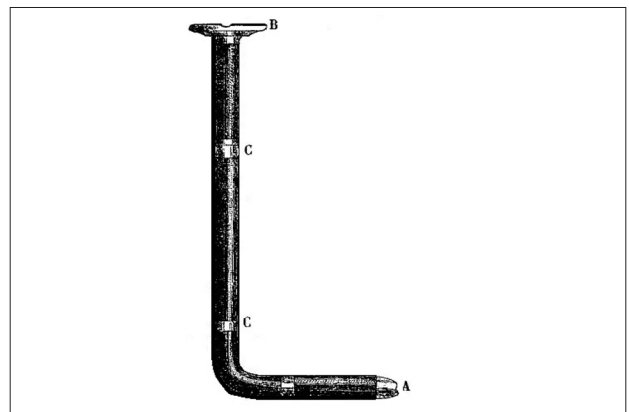


Imagen 4. Metroscopio de Nauche tomado de Witkowski²⁹

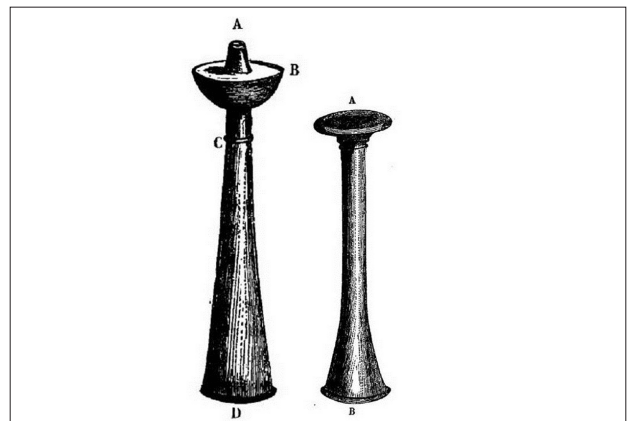


Imagen 5. Estetosocopio de Hohl tomado de Hoh¹² y estetoscopio de Depaul¹⁰

gradualmente hacia el centro, es, en este punto, de aproximadamente un sexto de pulgada. En el medio hay un pequeño tubo cónico (A), de un cuarto de pulgada de largo, destinado a entrar en el canal externo del oído y cerrarlo. En la superficie convexa del disco hay un cuello en el que encaja el extremo del tubo (C).

El tubo mide 9 pulgadas de largo y tiene forma de embudo, de modo que en su extremo pequeño tiene un diámetro de tres octavos de pulgada, mientras que en el extremo grande el diámetro es de 2 pulgadas. Un borde redondeado (D), destinado a hacer la presión menos dolorosa, termina esta última parte.

1847. Depaul hizo una reinterpretación del anterior de Hohl, que describe, y de paso referencia, otro estetoscopio (de Chailly), que no tuvo especial trascendencia (no se ha encontrado imagen): *"Su longitud es menor que la del estetoscopio de Hohl, 6 pulgadas. Además, la exageración en este sentido no me parece desfavorable, y la prefiero a una reducción extrema, como en el instrumento que el señor Chailly cree haber ideado, aunque este copia exactamente el mío, aparte de la diferencia de longitud. Sí es cierto lo que dije anteriormente sobre las ventajas del estetoscopio, ya que entendemos que acortándolo excesivamente, para darle forma de huevera, podemos hacerlo más portátil; pero se le priva de una de sus condiciones más importantes, y ello sin la más mínima compensación.*

De sus dos extremos uno es auricular y el otro abdominal. La primera (A) está representada por una placa exactamente circular, de 5 milímetros de espesor y 5 centímetros de diámetro. De sus dos caras, una continua por su parte central con el resto del instrumento, y es ligeramente convexa; el otro es gratuito y está destinado a aplicarse al conducto auditivo externo. Ella es cóncava y presenta en el centro el orificio del canal que reina a lo largo de todo el instrumento. La concavidad es tal que una línea vertical trazada desde la tangente al centro, en el punto más excavado, ofrece una longitud de 6 milímetros. Además, no presenta ninguna protuberancia y es precisamente en esto donde mi instrumento se diferencia del recomendado por Hohl.

Los bordes están perfectamente redondeados. La extremidad abdominal (B) está hinchada, de forma cónica y con la base libre, rematándose en un considerable borde redondeado, de casi un centímetro de espesor. Entendemos la utilidad de tal disposición, ya que es a través de esta que el instrumento debe llevar y presionar sobre el estómago. Permite evitar el dolor, a menudo insoportable, causado por los finos círculos de marfil que estamos acostumbrados a colocar en este punto, en el estetoscopio común y corriente. Esta pieza cónica mide 5 centímetros de largo, tiene un diámetro de 4 centímetros y medio en su base, y 15 milímetros en lo que llamaré su parte superior, que

se extiende, manteniendo las mismas dimensiones, hasta la placa superior anteriormente descrita. El canal central tiene 8 milímetros de diámetro hasta el punto donde la porción cónica se ensancha y toma una forma que reproduce la que vemos fuera.

Fue madera de cedro la que elegí para la fabricación del instrumento, que no presenta, como hemos visto, rotura alguna, circunstancia favorable sobre la que no tengo que detenerme aquí. Sin conceder a esta madera una gran superioridad, para la transmisión de sonidos, sobre la del ébano, que también se utiliza con bastante frecuencia, me pareció sin embargo que ofrecía algunas ventajas a este respecto. También hay otro que no hay que desdeñar, y es lo bajo de su precio¹⁰.

1855. El Dr. Keiller exhibió varias formas de estetoscopio que había hecho fabricar para la detección más temprana y rápida del embarazo, así como para el diagnóstico más eficiente de tumores uterinos y pélvicos mediante auscultación vaginal. Experimentó con el instrumento lo suficiente para inducir su recomendación en casos oportunos. La forma del instrumento que exhibía el Dr. Keiller, así como la intención y el modo de su aplicación, eran diferentes de las del estetoscopio de Nauche; el estetoscopio uterino del Dr. Keiller, a diferencia del de Nauche, no estaba destinado a ser aplicado en el orificio cervical, ni siquiera a través del cuello uterino, sino en las paredes del útero gestante, y para cuyo propósito su forma y tamaño parecían apropiados³⁰.

Exteriormente, el instrumento que él dio en llamar estetoscopio vaginal tiene el mismo material y forma que el estetoscopio empleado para el diagnóstico de enfermedades torácicas, pero es macizo y bastante más largo y grande. Se introducía por la vagina y su extremo se presionaba contra la pared uterina y según su autor era posible detectar el embarazo mucho antes que con los estetoscopios tradicionales^{31,32}. Desafortunadamente no se han encontrado representación gráfica ni imagen de este artilugio.

1862. El profesor Küneke de Göttingen se preocupó especialmente por el estudio del diagnóstico del embarazo gemelar y añadió a los síntomas, previamente conocidos, la prueba del asincronismo de los dos latidos cardiacos fetales a través de la audición al unísono de los mismos. Para ello, recomienda dos estetoscopios con dos tubos separados de diferentes longitudes para cada oído y sujeta los extremos libres de los tubos flexibles en los conductos auditivos externos durante el uso³³ comparando la frecuencia, la fuerza y especialmente la localización de cualquier sonido percibido se llega al diagnóstico³⁴.

Junto a la recreación del estetoscopio de Küneke insertada, se muestra un estetoscopio doble registrado por Harvey Hilliard que bien podría asemejarse al descrito por Küneke y cuya imagen real no se ha encontrado³⁵.

Muchos años después de esta invención de Küneke (1934), R. Boursier publicaba un artículo sobre la gemelaridad, en la revista del sindicato francés de matronas, en el que afirma que había sido diseñado un estetoscopio especial con dos pabellones separados, para que el mismo observador pudiera examinar simultáneamente los dos corazones fetales. No se ha podido esclarecer si se estaba refiriendo al modelo de Küneke o a otra versión similar posterior³⁶ (Imagen 6).

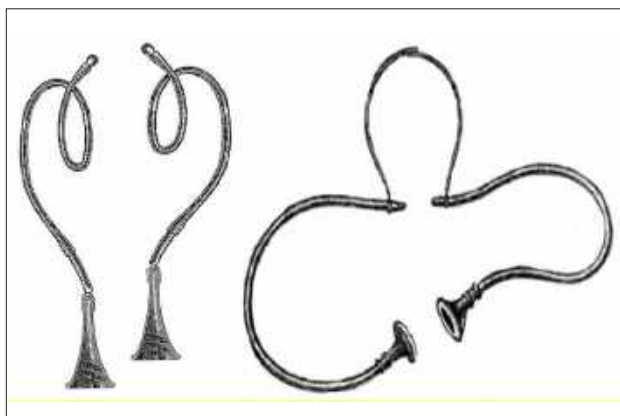


Imagen 6. Recreación propia del doble estetoscopio de Küneke sobre el de Verdin³⁷ y estetoscopio de Harvey Hillis³⁵

1865. Vaginoscopio de Routh (de Londres), modificado del de Nauche para detección de embarazos tempranos, y al que le dio el nuevo nombre de vaginoscopio.

El vaginoscopio del Dr. Routh, fabricado por Coxeter, consta de cuatro partes:

- Un extremo vaginal con forma de espéculo ordinario (c).
- Un extremo en forma de copa (a).
- Entre los dos una pieza circular (b), sobre la cual se puede colocar una membrana tensa.
- Al final de la porción en forma de copa se puede colocar un tubo elástico o un tubo sólido doblado en ángulo recto y termina esta última parte auricular, como en los estetoscopios ordinarios.

Si el vaginoscopio estaba hecho de vidrio (como el hecho por Maddox), se doblaba sobre sí mismo y el extremo distal se biselaba, como se representa en el esquema anterior³⁸ (Imagen 7).

Tanto el metrosopio de Nauche como este de Routh fueron generalmente rechazados por las mujeres. Según Depaul, por ser considerados inferiores a los estetoscopios ordinarios y finalmente capaces de comprometer el embarazo, por lo que estos dispositivos fueron justamente abandonados.

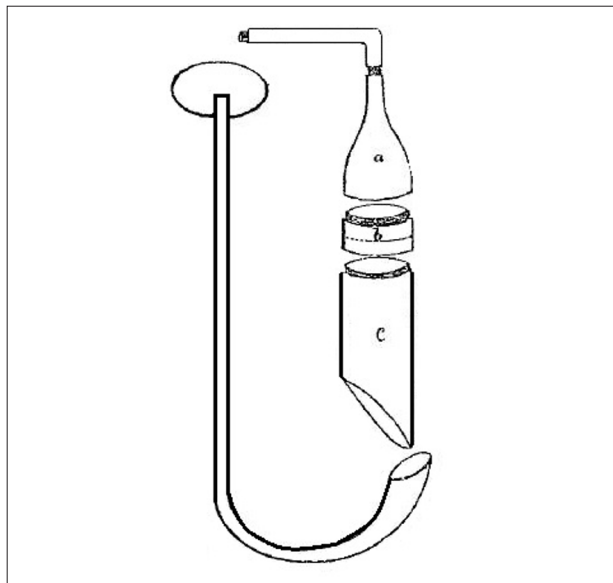


Imagen 7. Vaginoscopio de Routh tomado de Witkowski³⁹

El profesor Pajot se hizo construir un estetoscopio que parece unir una gran comodidad con una gran precisión; no se encuentra fecha de su introducción²⁴.

1876. Aunque el nombre de Pinard se asocia más comúnmente con el estetoscopio, un cono de madera, metal o plástico de unos 20 cm de largo, su versión fue posterior a muchos otros diseños, pero tiene la mayor consideración dada la extensión y perdurabilidad de su uso que se mantiene en el momento presente. En la bibliografía consultada no aparece la fecha exacta de su aparición, pero es más probable que sea la de 1876, ya que Witkowski lo menciona en 1887, con lo cual quedan descartadas las fechas posteriores que se le han atribuido (Imagen 8).

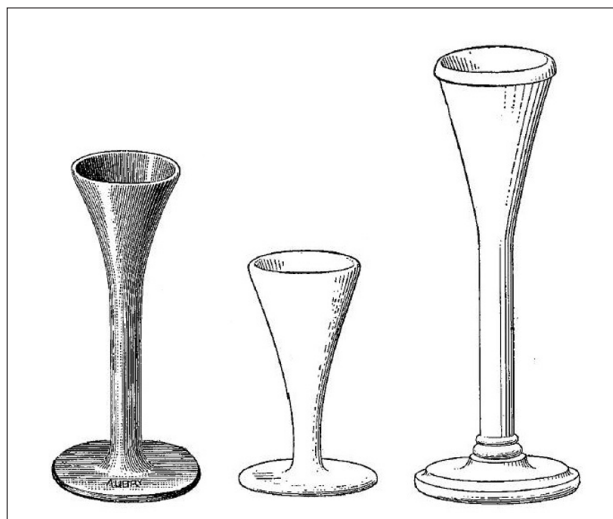


Imagen 8. Estetoscopios de Depaul, Pajot y Pinard tomados de Witkowski³⁹

1878. Verardini (de Bolonia) reanudó en 1878 el procedimiento de auscultación intravaginal de Nauche y, perfeccionando su metroscopio, prosigue sus experimentos de auscultación intravaginal recomendando calurosamente este método que le ha permitido, en una serie de casos dudosos, algunos de los cuales son realmente dignos de atención, diagnosticar el embarazo muy temprano por la percepción del soplo uterino (que persiste en considerar como útero-placentario)⁴⁰.

Quien desee conocer la historia de este tipo de escucha debe leer la valiosa memoria del Dr. Ferdinando Verardini, titulada *Apuntes históricos y estudios sobre la escucha intravaginal principalmente en el embarazo y practicada con un estetoscopio particular (Cenni storici e studi intorno l'ascoltaùone intra-vaginale massime nella gravidanza e praticata con un particolare stetoscopio Bologne 1871)*⁴¹.

El autor describe su nuevo instrumento para realizar auscultación intravaginal al que le dio el nombre de vagino-uteroscopia (*tube sthétoscopique vagino-utérin*), del que incluso se plantearon su aplicación en hembras gestantes de animales⁴².

1870-1877. Siguiendo la regla general para la auscultación mediata de utilizar un estetoscopio de gran abertura, de bordes redondeados, y cuyo cuerpo fuera lo suficientemente largo para que la cara del observador no estuviera demasiado cerca de las partes genitales femeninas, Champetier de Ribes cortó el estetoscopio en dos partes para hacerlo más portátil. En la parte media del instrumento se observa un saliente V que responde al paso del tornillo que permite atornillar la parte superior a la inferior. Cuando se desenrosca el instrumento y se quiere reducir su volumen, se invierte la parte superior para que la campana P quede en la posición P'. Se enrosca de nuevo y el instrumento queda reducido a la mitad de su altura.

La fecha de la introducción de este dispositivo no ha sido encontrada, pero se infiere que pudiera ser en torno a 1870-1877 (Imagen 9).

1890. Auvard opinaba que la condición esencial de un buen estetoscopio obstétrico era tener un pabellón muy amplio como el que presentaba, con campana de madera, y la parte auricular de metal y a la vez, convertible en una versión desmontable como estetoscopio de bolsillo²⁵ (Imagen 10).

1915-1917. Tras los estetoscopios obstétricos tradicionales, los vaginoscopios de Routh, Nauche y Verardini, apareció el estetoscopio de cabeza o fetoscopio, cuyo descubrimiento fue muy controvertido.

Se cuenta que, en Estados Unidos, David Hillis, un ginecobstetra del Hospital Lying-in en Chicago, describió un modelo de fetoscopio basado en el cono de madera de Pinard, pero con una conexión para cada oído que permitía

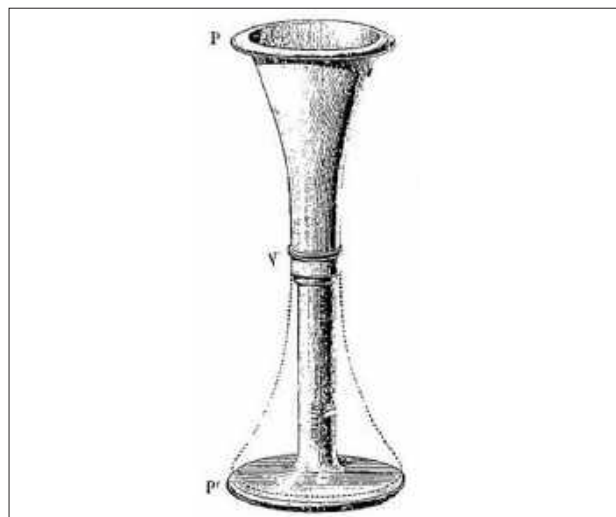


Imagen 9. Estetoscopio desmontable de Champetier de Ribes tomado de Ribemont-Dessaignes⁴³



Imagen 10. Estetoscopio desmontable de Auvard

al médico auscultar continuamente la frecuencia cardíaca fetal (FCF) dejando sus manos libres, para lo que diseñó un accesorio para el estetoscopio que consiste en una banda metálica como la que se usa en un espejo frontal, que pasa de delante hacia atrás sobre la parte superior de la cabeza. La Y del estetoscopio binaural se fija a la placa frontal de esta banda mediante un resorte en espiral corto y una junta universal que se puede volver rígida mediante un tornillo de mariposa. Esto permite un ajuste adecuado de los auriculares y mantiene el estetoscopio en una posición. El estetoscopio liberó las manos del especialista para mover el feto y detectar diferentes sonidos, fundamentalmente los latidos cardíacos fetales⁴⁴; Mueller and Company en Estados Unidos fabricó este estetoscopio obstétrico, el primero binaural⁴⁵.

Bajo el título *Accesorio para el estetoscopio (Attachment for the stethoscope)*⁴⁴, David Hillis presentaba una comunicación en JAMA (*Journal American Medical Association*)

en la que justificaba su invención alegando las dificultades técnicas una vez que el asistente está preparado quirúrgicamente en el parto para las frecuentes observaciones de los tonos cardíacos fetales durante la última parte de la 2ª etapa del parto, momentos en los que los tonos cardíacos debían observarse con mucha atención; siempre era deseable, y a menudo necesario, que el operador escuchara los tonos cardíacos él mismo (Imagen 11). De ahí la invención del accesorio descrito anteriormente que, tras meses de uso en el Lying-in Hospital de Chicago, desvela sus ventajas:

- Fácil y preciso control de los latidos fetales.
- Mejor audición de los tonos fetales, ya que hay mejor conducción a través de las partes metálicas del instrumento, añadido a la conducción del aire del estetoscopio ordinario.
- La campana se puede presionar firmemente contra la pared abdominal sin interferencia de los sonidos musculares.

La controversia en torno a este modelo surge cuando, en 1922, el médico jefe de servicio del Hospital Lying-in de Chicago (el legendario Joseph Bolívar DeLee, médico que inició la realización de episiotomías rutinarias en primíparas, así como diseñador de varios instrumentos obstétricos) describió un aparato semejante, alegando que su compañero de trabajo había copiado su diseño a pesar de estar claramente marcada la fecha de publicación de los artículos, donde se hacía alusión al invento, incluso la fecha de inicio de fabricación por Mueller and Company está fijada en 1915⁴⁴. Las controversias sobre el diseño terminaron cuando al fetoscopio, que se volvió común en los EE.UU. a principios del siglo XX, se le denominó como DeLee-Hillis.

Es probable que hayan existido muchos modelos más de los citados, como sucedió con la auscultación cardiorrespiratoria, pero se desprende que si no han sido mencionados en la cantidad de literatura científica conservada y consultada, no tuvieron trascendencia y de ahí que sean ignorados.

Como sentenció Joulin en 1866, *“los estetoscopios utilizados en forma ordinaria en la práctica son suficientes, y las modificaciones especiales a que han sido sometidos, desde el punto de vista del obstetra, son de poca importancia excepto para sus autores”*⁴⁶. Razón tenía Joulin, aunque aparecieron más tras su afirmación, la evidencia es que el único que ha prevalecido y sigue estando en uso en nuestros días es el de Pinard.

Discusión

- Los asistentes obstétricos del siglo XIX fueron interesándose en el descubrimiento de Kergaradec y, tras la práctica continuada de la escucha del latido fetal, adquirieron habilidades y conocimientos que difundieron en el campo científico, colocando las bases del estudio de la fisiopatología fetal, aún no acotada en el siglo XXI.
- Los descubrimientos en este campo, como todos, fueron sometidos al escrutinio del entorno científico en el que se produjeron reticencias y negaciones, la mayoría por falta de práctica en la escucha del latido fetal, hasta que se consiguió una evaluación positiva generalizada de la comunidad científica ante la exposición del beneficio que reportaba el descubrimiento.

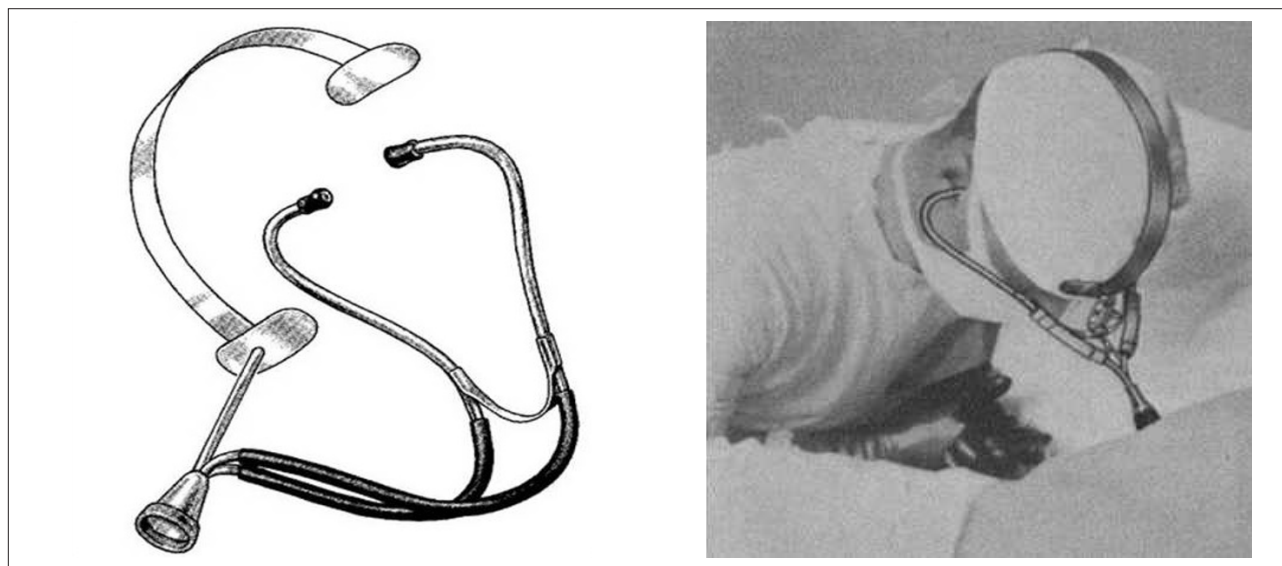


Imagen 11. Estetoscopio binaural (fetoscopio) de DeLee-Hillis tomado del JAMA⁴⁴

- Madame Boivin, con su opinión sobre este asunto, deja ver la importancia de excepcionales matronas francesas y la cautela con que se deben abrazar las novedades, incluso en Ciencia.
- La creación de los variados instrumentos de escucha es la prueba de la inquietud de los inventores enfocados en la investigación y comprensión del fenómeno, sin excluir además la motivación personal de algunos de ellos de la inevitable necesidad de ganar importancia y reconocimiento en el ámbito de una ciencia que estaba iniciándose; incluso, para los más ególatras, de dejar un legado que les hiciera trascender a la historia de la Medicina.
- El estetoscopio obstétrico ha quedado como un sello de identidad de la Obstetricia que sigue siendo útil, aunque superado por los nuevos instrumentos electrónicos de escucha del latido fetal. Cada vez con mayor frecuencia se observa la pérdida de habilidad de los futuros asistentes obstétricos (gineco-obstetras y matronas) en su utilización.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Boivin MAV. Mémorial de l'art des accouchements, ouvrage pratique, dans lequel on a représenté avec soin, en 133 gravures, toutes les positions de l'enfant, le mécanisme de tous les accouchements, et rappelé, en peu de mots, les règles qu'il faut observer dans les différents cas [internet]. Paris: Hospice de la Maternité ou chez Méquignon Père; 1812 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=pdf&cote=201453>
2. Boivin MAV. Mémoire sur les hémorragies internes de l'utérus [internet]. Paris; 1819 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://wellcomecollection.org/works/kcqpmyxj/items>
3. Boivin MAV. Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la Môle Vésiculaire Ou grossesse hydatique [internet]. Paris: Méquignon; 1827 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bp-t6k9770877r?rk=42918;4>
4. Boivin MAV. Recherches sur une des causes les plus fréquentes et la moins connue de l'avortement; suivies d'un Mémoire sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin [internet]. Paris: JB Baillière; 1828 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bp-t6k9769348t?rk=64378;0>
5. Boivin MAV. Observations et réflexions sur les cas d'absorption du placenta [internet]. Paris; 1829. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bp-t6k58075492?rk=85837;2>
6. Boivin MAV, Dugés A. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes [internet] Paris: JB Baillière; 1833 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://numelyo.bm-lyon.fr/f_view/BML:BML_00G000100137001100429773
7. Boivin MAV. Anatomie pathologique de l'utérus et de ses annexes fondée sur un grand nombre d'observations cliniques [internet]. Paris: JB Baillière; 1833 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=livre&cote=01510>
8. Baron SJ. Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses [internet]. Paris; Madame Veuve Desray; 1925 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bd6t-54187026n?rk=128756;0>
9. Rigby E, Duncan S. Nouveau traite sur les hémorragies de l'utérus [internet]. Paris: Méquignon; 1818 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bp-t6k56616771?rk=21459;2>
10. Depaul JAH. Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale [internet]. Paris; 1847 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5806865w/f8.item>
11. Tarnier E, Chantreuil G. Traité de l'art des accouchements. Tome premier [internet]. Paris: H. Lauwereyns; 1882 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58025572/f512.image.r=auscultation>
12. Hohl AF. Die Geburtshülffliche Exploration [internet] Halle: Verlag der Buchhandlung des Waisenhauses; 1833 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=hLONNGfGnawC&pg=PR1&dq=Holh+1833.+Die+Geburtsh%C3%BCfliche+Exploration+.&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKewjWpeXC-taAAxVg-VKQEHYNGA2sQ6AF6BAGNEAI#v=onepage&eq=Holh%201833.%20Die%20Geburtsh%C3%BCfliche%20Exploration%20.&f=false
13. Lau CA. De tubi acustici ad sciscitadam graviditatem efficacia [internet]. Brüsckian; 1823. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books/about/De_tubi_acustici_ad_sciscitadam_gravid.html?id=y9NOAAAACAAJ&redir_esc=y
14. U.S. Government. Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office [internet]. Washington: United States Army; 1880 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://>

- books.google.es/books?id=tEg4AQAAMAAJ&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
15. Dieterlen C. De L'accouchement naturel chez les primipares [internet]. Paris: A. Delahaye et E. Lecrosnier; 1882 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5803984n/f106.image.r=st%C3%A9thoscope%20Pinard?rk=1373397;2>
 16. Bar P. Notes d'obstétrique [internet]. Paris: Asselin et Houzeau; 1889 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6129260r/f75.item.r=auscultation%20foetus%20sage%20femme#>
 17. Organe Officiel du Syndicat général des Sages-Femmes de France. La Sage-Femme [internet]. 1899 Jan [citado 30 mar 2024]; 3(27). Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5778432f/f14.image.r=st%C3%A9thoscope%20Pinard?rk=42918;4>
 18. Organe Officiel du Syndicat général des Sages-Femmes de France. La Sage-Femme [internet]. 1904 Fév [citado 30 mar 2024]; 8(148). Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5800225f/f1.item.r=st%C3%A9thoscope%20Pinard>
 19. Katz J. Der Fötal puls und sein Verhältniss zur operativen Geburtshilfe: Inaugural-Dissertation [internet]. Koch; 1865 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books/about/Der_F%C3%B6talpuls_und_sein_Verh%C3%A4ltniss_zur.html?id=4q9MAAAcAAJ&redir_esc=y
 20. Boivin MAV. Mémorial de l'art des accouchements. 4^e ed. [internet]. Paris: JB Baillière; 1836 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=LkMxAQAAMAAJ&printsec=frontcover&dq=M%C3%A9morial+de+l%27art+des+accouchements.+Madame+Boivin&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 21. Mailliot L. Auscultation appliquée à l'étude de la grossesse [internet]. Paris: JB Baillière; 1856 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58007329/f12.item.r=Sur%20le%20M%C3%A9troscopie%20de%20Nauche>
 22. Ribemont A. Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus, applications à l'obstétrique [internet]. Paris: Octave Doin; 1878 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6335437q/f21.item.r=Observations%20on%20obstetric%20auscultation%20Kennedy>
 23. Cantacuzène C. Des foyers d'auscultation en obstétrique. Paris: Lauweyrens; 1884.
 24. Verrier E. Practical manual of obstetrics [internet]. New York: William Wood & Company; 1884 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=onovjTi-h02QC&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
 25. Auvar A. Traité pratique d'accouchements [internet]. Paris: Octave Doin; 1894 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5801929t/f185.item.r=auscultation%20%20Cantacuz%C3%A8ne>
 26. Historia de la Medicina.org. Pierre Adolphe Piorry (1794-1879) [internet]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.historiadelamedicina.org/piorry.html>
 27. Spiegelberg O. A Text Book of Midwifery [internet]. London: The New Sydenham Society; 1887 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=V5EYX-PUuWFsC&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
 28. Depaul JAH. Leçons de clinique obstétricale professées à l'Hôpital des cliniques [internet]. Paris: A. Delahaye; 1872 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6582674m/f1.item.r=st%C3%A9thoscope%20Pinard>
 29. Witkowski GJ. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Apendice. L'arsenal obstétrical [internet]. Paris: G. Steinhil; 1887 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5804407f/f1.item.r=stethoscope>
 30. Keiller A. A new mode of diagnosing early pregnancy. The Edinburgh Medical and Surgical Journal. Jul 1855-Jun 1856; 1.
 31. The Boston Medical and Surgical Journal [internet]. 1858 [citado 30 mar 2024]; 58-9. Disponible en: https://books.google.es/books?id=0EosAAAAYAAJ&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=snippet&q=stethoscope&f=false
 32. Tanner TH. On the Signs and Diseases of Pregnancy. 2nd ed. [internet]. London: Henry Renshaw; 1867 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=Su-xl4adHHZkC&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
 33. Duchek A, Langer C, Schauenstein A. Zeitschrift der K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien [internet]. 1862 [citado 30 mar 2024]; 18. Disponible en: https://books.google.es/books?id=3TwoAAAacAAJ&dq=Stethoskop+K%C3%BCneke&hl=es&source=gbs_navlinks_s
 34. Obstetrical Society of London. Catalogue and Report of Obstetrical and Other Instruments [internet]. London: Longmans Green; 1867 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=H96t5C4-Ji8C&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
 35. Hilliard RH. On a new double stethoscope: the headspring stethoscope. The British Medical Journal [internet]. 1875

- Nov [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2297663&blob-type=pdf>
36. Organe Officiel du Syndicat général des Sages-Femmes de France. La Sage-Femme [internet]. 1934 [citado 30 mar 2024]; 503. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5801593m/f18.item.r=st%C3%A8thoscope%20Pinnard%20%20de%20Routh?rk=150215;2>
37. Boudet M. Note sur un nouveau stéthoscope [internet]. Paris: Frédéric Henry; 1880 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5495356d/f2.item.r=double%20stethoscope>
38. Union Médicale. Vaginoscope, Nouveau moyen de constater la grossesse commencante. L'abeille médicale, revue hebdomadaire de medecine, chirurgie, pharmacie et sciences accessoires [internet]. 1865 [citado 30 mar 2024]; 22(22):81. Disponible: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9610107s/f90.image.r=vaginoscope>
39. Witkowski GJ. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Apendice. L'arsenal obstétrical [internet]. Paris: G. Steinheil; 1887 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5804407f/f1.item.r=stethoscope>
40. Naegele HF, Grenser WL. Traité pratique de l'art des accouchements [internet]. Paris: JB Baillière; 1880 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5814732t/f6.item.r=stethoscope>
41. Verardini F. Cenni storici e sludi inlorno l'ascoltaùone intra-vaginale massime nella gravidanza e praticata con un particolare stetoscopio. Gamberini e Parmeggiani; 1871.
42. Lanzillotti-Buonsanti N. Manuale di ostetricia veterinaria ad uso dei veterinarri e degli studenti [internet]. Milano; 1871 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=CnkiQpV1bBgC&newbks=1&newbks_redir=0&dq=Cenni+storici+e+studio+interno+l%C2%B4ascoltazione+++Verardini+E.&hl=es&source=gbs_navlinks_s
43. Ribemont A. Recherches sur l'anatomie topographique du foetus, applications à l'obstétrique [internet]. Paris: Octave Doin; 1878 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6335437q/f21.item.r=Observations%20on%20obstetric%20auscultation%20kennedy>
44. Hillis DS. Attachment for the stethoscope. JAMA [internet]. 1917 Mar [citado 30 mar 2024]; LXVIII(12):910. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/442093>
45. Welcome Collection. Stehoscopes [internet]. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://wellcomecollection.org/search/works?query=%22Stethoscopes.%22>
46. Joulin M. Traité complet d'accouchements [internet]. Paris: F. Savy; 1866 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5814732t/f6.item.r=stethoscope>

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Condena al Reino de España por incumplimiento de la Directiva 80/155 en el caso de la formación de Matronas

Rosa M^a Plata Quintanilla

Presidenta de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur desde 2003.

Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).



En un artículo anterior titulado "Cierre de las Escuelas de Matronas", 1987 (2016)¹, ya se hizo mención a esta vergonzante condena que España tuvo que acatar tras el cierre de las Escuelas de Matronas en 1987. La inacción de la Administración en el cumplimiento como Estado miembro de pleno derecho de la Unión Europea (UE) de las obligaciones que contrajo tras su adhesión, como lo es la ejecución de las Directivas, llevó al tribunal de la UE a considerar la inadmisibilidad del retraso de trasposición de la Directiva 80/155/CEE por parte de España en relación con la formación de Matronas.

El fallo fue firmado por el presidente del tribunal, Sr. O'Due y ocho magistrados, por su trascendencia, ya que fue la primera ocasión en que el Tribunal de Justicia de Luxemburgo dictaba una sentencia condenatoria contra los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia de un país comunitario²⁻⁴, y por añadidura, el costo del cierre de las Escuelas de Matronas en España (1987-1993), que dejó una merma importante en el ya exiguo número de efectivos Matronas. Se incorpora una traducción completa del auto.

Sumario

Un paso importante como lo fue la integración de los Estado miembro no podría justificar el incumplimiento resultante de la no ejecución de una directiva en el plazo prescrito, invocando el hecho de que en lo que le concierne susodicho plazo, tal como fue fijado por los artículos 392 y 395 del acta, relativo a las condiciones de adhesión del Reino de España y de la República portuguesa, no era justo ni apropiado, en lo que su expiración coincidía con la fecha de la adhesión, porque los actos de adhesión no constituyen actos de las instituciones en los que las disposiciones pueden ver su validez discutida delante de la Corte.

Partes

En el asunto C-313 / 89,

La Comisión de las Comunidades Europeas, representada por Sr. Daniel Calleja y Crespo, miembro del servicio jurídico, en calidad de agente, habiendo elegido domicilio en Luxemburgo junto con el Sr. Roberto Hayder, representante del servicio jurídico, Centre Wagner, Kirchberg, parte demandante, contra el Reino de España, representado inicialmente por el Sr. Javier Conde de Saro, director general de coordinación comunitaria jurídica e institucional, además por el Sr. Carlos Bastarache Saguees, en la misma calidad, y por el Sr. Antonio Hierro Hernández Mora, abogado del Estado, en calidad de agentes, habiendo elegido domicilio en Luxemburgo en la sede de la embajada de España, 4-6, bulevar E. Servais, parte demandada, teniendo por objeto hacer constatar que, no tomando en los plazos prescritos las disposiciones requeridas para ajustarse a la Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, apuntando a la coordinación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que concernían al acceso a las actividades de la Matrona y el ejercicio de estas, el Reino de España faltó a las obligaciones que le incumben en virtud del tratado CEE.

El tribunal

Compuesto por M.O. Due, presidente, Sir Gordon Slynn, M.M.R. Joliet, F.A. Schockweiler y F. Grévisse, presidentes de cámara, J.C. Moitinho de Almeida y G.C. Rodríguez Iglesias, jueces, Abogado general: M.C.O. Lenz secretario: Sra. D. Louterman, administradora principal visto el informe de la audiencia, habiendo entendido a los representantes de las partes en su alegato la audiencia del 2 de julio de 1991, en el curso de la cual el Reino de España ha sido representado por la Sra. Rosario Silva de Lapuerta, abogado del Estado, en calidad de agente, habiendo oído al fiscal del Tribunal Supremo en sus conclusiones la audiencia del 19 de septiembre de 1991, pronuncia el presente fallo.



Motivos del fallo

1. Por demanda depositada en la secretaría y archivo de la Corte el 11 de octubre de 1989, la Comisión de las Comunidades Europeas introdujo, en virtud del artículo 169 del tratado CEE, un recurso que pretendía comprobar que el Reino de España, no tomando en los plazos prescritos las disposiciones requeridas para ajustarse a la Directiva 80/155/CEE del Consejo, del 21 de enero de 1980, apuntando a la coordinación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que concernían al acceso a las actividades de la Matrona y al ejercicio de estas (JO L 33, p. 8, "a continuación directiva"), faltó a las obligaciones que le incumben en virtud del tratado.
2. Como lo indica su primera valoración, la directiva fija normas mínimas relativas a la formación de las Matronas.
3. A los términos del artículo 1º, párrafo 2, de la directiva, esta formación debe comprender:

"sea una formación específica de dedicación exclusiva de Matrona por lo menos de tres años de estudios teóricos y prácticos; el acceso a esta formación está subordinado al cumplimiento de los diez primeros años, por lo menos, de la formación escolar general; sea una formación específica de dedicación exclusiva de Matrona de dieciocho meses por lo menos, cuyo acceso es subordinado a la posesión de un diploma, de un certificado o de otro título de enfermero responsable de cuidados generales referido al artículo 3 de la Directiva 77/452/CEE".

4. En el momento de la adhesión del Reino de España a las Comunidades Europeas, la formación de las Matronas, en este Estado, era objeto de un Decreto de 18 de enero de 1957 (BOE del 12.2.1957). Un Real Decreto 992/1987, del 3 de julio de 1987, reglamentando la obtención del título de enfermero especialista (BOE del 1.8.1987, nº 183, p. 23642), posteriormente creó un título de enfermero especialista que comprende siete especialidades, del que están el de "enfermera/o especialista en obstetricia-ginecología (Matrona)". Este Real Decreto previó la organización de un nuevo régimen de los estudios para esta especialidad y revocó las disposiciones contrarias al decreto del 18 de enero de 1957.
5. Estimando que el Reino de España no se había ajustado a la Directiva en los plazos prescritos, la Comisión presentó el recurso presente por incumplimiento.
6. Para una exposición más amplia de las disposiciones pertinentes comunitarias y nacionales del desarrollo del procedimiento, así como los medios y argumentos de las partes, es reenviado al informe de la audiencia. Estos elementos del expediente son repetidos a continuación solo en la medida necesaria para el raciocinio de la Corte.
7. El Reino de España reconoce que la Directiva no ha sido transpuesta en los plazos prescritos, es decir, en la fecha de la adhesión y posteriormente en la fecha en la cual expiraba el plazo de dos meses concedido por la Comisión en su advertencia motivada en fecha de 19 de abril de 1989.
8. El Reino de España hace valer, sin embargo, diversas observaciones que conviene apreciar si ponen obstáculo a la comprobación de la falta reconocida.
9. El demandado sostiene, en primer lugar, que la obligación de transponer la Directiva en la fecha de la adhesión de España a las Comunidades Europeas, 1 de enero de 1986, resultando de artículos 392 y 395 del acto relativo con las condiciones de adhesión del Reino de España y de la República Portuguesa y a las adaptaciones de los tratados (JO 1985, L 302, p. 23), no era justa ni apropiada. Esta obligación no tomaba en consideración la complejidad de las reglas que hay que poner en ejecución y la dificultad en promulgar los textos que transponían la Directiva en plazos breves. No fue combinada con ninguna medida transitoria que permitía asegurar la protección de los derechos de las personas que habían comenzado estudios en una Escuela de Matronas antes de la adhesión y que estaban en proceso de formación.
10. Esta argumentación del Reino de España, que tiende a discutir lo bien fundado de una obligación la cual él mismo suscribió adhiriéndose a las Comunidades Europeas, no puede, de todas formas, ser bloqueada. Los actos de adhesión no constituyen, en efecto, actos de las instituciones en las que la validez de las disposiciones que contengan pueda ser discutida delante del Tribunal (ver, en este sentido, el fallo del 28 de abril de 1988, LAISA/CONSEJO, punto 17, 31/86 y 35/86, Rec. P. 2285).
11. El Reino de España hace valer, en segundo lugar, que, aunque diferente, la formación de las Matronas en España a la fecha de la adhesión no era de una calidad inferior a la prevista por la directiva. El demandado invoca la circunstancia que para poder acceder a la formación específica de Matrona, las personas interesadas debían, después de estudios universitarios de una duración de tres años, aprobar un examen de acceso a la especialidad o, en su defecto, seguir un curso preparatorio de seis meses.
12. Estas consideraciones sobre el modo de acceso a la formación de Matrona vigente a la fecha de la adhesión no inciden sobre la existencia de la infracción alegada. Basta, en efecto, con comprobar que la duración de la formación específica de las Matronas, tal como entonces estuvo prevista por las disposiciones del decreto del 18 de enero de 1957 precitado, era de un año, mientras que en el artículo 1º, párrafo 2, la Directiva exige una duración mínima de formación de dieciocho meses.

13. El Reino de España hace valer, en último lugar, que el Real Decreto 992/1987 revocó las disposiciones del Decreto del 18 de enero de 1957 y prohíbe toda nueva inscripción en una de las especialidades de enfermería previstas por la reglamentación anteriormente vigente. Sin embargo, como él mismo lo reconoce en otro lugar, estas medidas son insuficientes para asegurar una transposición completa de la Directiva en ausencia de reglamentos de aplicación del Real Decreto que pone en ejecución una nueva formación de Matrona conforme con las prescripciones comunitarias.
14. Se resalta de lo que precede que la infracción del Reino de España resultante de la ausencia de transposición de la directiva, en los plazos prescritos, puede válidamente ser comprobada.
15. La constatación por el Tribunal de la infracción satisface totalmente las reclamaciones formales de la Comisión. Por consiguiente, la argumentación auxiliar y alternativa invocadas por la Comisión en apoyo de aquellas mismas reclamaciones según las cuales se afirma que ciertas provisiones del Real Decreto 922/1987 todavía no ponen en práctica la Directiva, no afectan el resultado.
16. Conforme a las conclusiones del recurso presente, conviene pues comprobar que el Reino de España, no tomando, en los plazos prescritos, las disposiciones requeridas para ajustarse a la Directiva 80/155 del Consejo, faltó a las obligaciones que le incumben en virtud del tratado CEE.

Decisiones sobre los gastos

Sobre las costas

17. Según el artículo 69, párrafo 2, del reglamento de procedimiento, toda parte que sucumbe es condenado en costas. Al haber sucumbido el Reino de España en sus medios, ha lugar a condenarlo en costas.

Disposición

Por estos motivos, EL TRIBUNAL declara y ordena:

1. El Reino de España, no tomando, en los plazos prescritos, las disposiciones requeridas para conformarse la Directiva 80/155/CEE del Consejo, del 21 de enero de 1980, en relación con la coordinación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que concernían al acceso a las actividades de la comadrona y el ejercicio de estas, **faltó a las obligaciones que le incumben en virtud del tratado.**
2. El Reino de España es condenado en costas.

Fechas

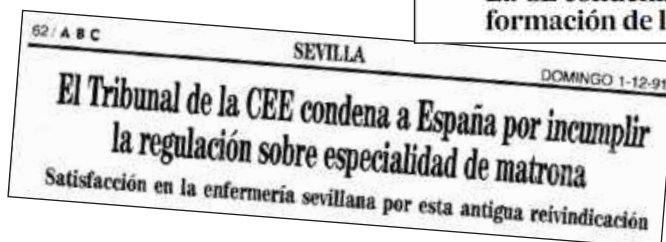
Del documento: 07/11/1991.

De la demanda: 11/10/1989.

Conclusiones

Queda patente en las conclusiones del fallo elaboradas por el abogado general Carl Otto Lenz, que el gobierno acusado (España) se mostró poco colaborativo a lo largo del procedimiento precontencioso al no responder a la carta de emplazamiento que le envió la Comisión con fecha de 3 de mayo de 1988 ni al dictamen de 19 de abril de 1989.

Por otra parte, ante la evidencia de que podía ser condenada, la maniobra de presentar en Luxemburgo el 2 de julio de 1991 un Real Decreto que buscaba adaptarse a la situación comunitaria, no le sirvió a España para salir ileso de esta demanda, ya que como advirtió el Tribunal, la desorganización y el desconcierto de las autoridades españolas fue tal que el texto que presentaron tampoco se ajustaba a la directiva correspondiente de la CE.





Bibliografía

1. Plata Quintanilla RM. Echando la vista atrás... Cierre de las Escuelas de Matronas, 1987. *Matronas Hoy* [internet] 2016 [citado 16 mar 2024]; 1(4). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/Matronas/articulo/81/echando-la-vista-atras-cierre-de-las-escuelas-de-Matronas-1987/>
2. Hemeroteca ABC. El Tribunal de la CE condena a España por negarse a homologar a las Matronas. Madrid 15/11/91. ABC [internet] 1991 [citado 16 mar 2024]. Disponible en: <https://www.abc.es/archivo/periodicos/abc-madrid-19911115-66.html>
3. Hemeroteca ABC. El Tribunal de la CEE condena a España por incumplir la regulación sobre especialidad de Matrona. Sevilla 1/12/1991. ABC [internet] 1991 [citado 16 mar 2024]. Disponible en: <https://www.abc.es/archivo/periodicos/abc-sevilla-19911201-62.html>
4. Hemeroteca El País. La CE condena a España por no ajustar la formación de las Matronas a la normativa. Madrid 14/11/1991. El País [internet] 1991 [citado 16 mar 2024]. Disponible en: https://elpais.com/diario/1991/11/14/sociedad/690073210_850215.html
5. Commission of the European Communities. Judgment of the Court of 7 November 1991. Commission of the European Communities v Kingdom of Spain. Failure to fulfil obligations - Directive 80/155/EEC - Training of midwives. - Case C-313/89. Eur-lex [internet] 1991 [citado 16 mar 2024]. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:61617aa7-0bde-4f6d-9ca1-78bac2b37f65.0002.06/DOC_2&format=PDF



JUAN MIGUEL MARTÍNEZ GALIANO

Matrón. Catedrático de Enfermería, U. de Jaén

Juan Miguel Martínez Galiano, matrón, ha conseguido obtener la primera Cátedra Universitaria en España y es justo que esta noticia tenga en nuestro medio la máxima difusión posible. Desde la Asociación Española de Matronas (AEM) celebramos con auténtica alegría que nuestro colega haya obtenido este reconocimiento, porque, además, su éxito y prestigio puede ser inspirador para el resto de la profesión. No es un tópico decir que ser mensajero de buenas noticias es una labor muy grata y en esta ocasión la noticia que publicamos, a mí personalmente, me hizo retrotraerme unos cuantos años cuando, aun EIR, le conocí en algún congreso de la AEM. Guardo un recuerdo de aquellos escasos y breves contactos de un, por entonces, muchacho, educado, discreto y laborioso, que empezaba una carrera profesional que ha resultado exitosamente meteórica.

Pregunta: Querido amigo, yo, que ya peino canas hace tiempo, he oído infinidad de veces que "a una mujer no se le pregunta la edad", cosas de coquetería femenina, prejuicios... He pensado ¿y a un hombre? Yo me atrevo a preguntarte por tu filiación porque ahí creo que está una de las claves para celebrar más aún tu éxito.

Respuesta: Nací en 1979, en Torredelcampo, un pueblo de Jaén, muy cercano a la capital, en el que sigo viviendo y en el cual continúo participando en todas las actividades, costumbres y tradiciones que se organizan como cuando era niño. Además, prácticamente toda mi familia y amigos siguen residiendo en el pueblo. Me siento muy orgulloso de él, de sus gentes y siempre lo llevo por bandera.

P. ¡Hagamos publicidad a tu pueblo Torredelcampo! (Bueno, villa con categoría histórica, aclaremos). Además de poseer el monumento natural del bosque de la Bañizuela, de él han salido figuras destacadas en el mundo del deporte como Manuel Pancorbo, pintores y escultores/as,

humanistas científicos como Eduardo Arroyo Sevilla, Gabriel Blanca o el inigualable Juanito Valderrama, que copó el mundo de la copla. Bien sabes que se han estudiado los beneficios de vivir en el mundo rural y hay conclusiones interesantes y positivas al respecto, ¿tú qué sientes por tu pueblo-villa, qué te aporta o ha aportado?

R. Tal y como ya te he comentado, para mí, el ser torrecampeño es una de las cosas de las que más presumo. Torredelcampo, como dices, tiene personajes ilustres, a lo que hay que sumar que siempre ha sido un pueblo pionero, emprendedor e innovador. Por ejemplo, estoy seguro de que no hay feria, verbena, evento o celebración en la que no participe un feriante de Torredelcampo con alguna de sus empresas (cacharritos, puestos de patatas, bares, etc.), haciendo que la población pueda divertirse y disfrutar. Del mismo modo, *a priori*, se podría pensar que, en un pueblo de Jaén, la agricultura derivada del cultivo del olivo y el aceite de oliva sería la actividad monopolizadora de la actividad económica; sin embargo, una variada industria de pequeñas empresas creadas y dirigidas por gente del pueblo es muy pujante y llevan su actividad a múltiples puntos de España. De hecho, es muy conocido el dicho que



Vista de Torredelcampo, villa en la Sierra Sur de Jaén

dice "cuando los americanos llegaron a la luna ya había ya un torrecampeño allí...". Además, y lo que creo que es más importante, la gente de Torredelcampo son una gente muy solidaria, humanitaria, etc., lo que se puede denominar *buena gente*. Todo esto te impregna y va modelando tu forma de ser, tus ganas de trabajar, de progresar.

P. Obligada y repetida pregunta en estas entrevistas: ¿escoger Enfermería fue una elección vocacional-personal sin influencias del entorno o modelos familiares para seguir el camino para llegar a ser Matrón? o ¿este paso en tu carrera fue casual?

R. Quizás sea algo atípico, no había tenido ningún contacto con la Enfermería, ni mi entorno tenía ninguna relación con esta disciplina; llegué a ella por casualidad, por la convergencia en el tiempo y en el espacio de una serie de factores personales y familiares, pero cuando me adentré en la carrera se despertó en mí esa vocación. Fue mi rotación durante las prácticas de Enfermería por el Servicio de Partos, lo que hizo que tuviese muy claro que quería ser matrona. Cuando vi la relación de la matrona con las mujeres, su trabajo, la competencia, su profesionalidad, surgió en mí la admiración por esta profesión y me marqué el objetivo de ser matrona, aunque lo veía algo muy difícil de alcanzar por los comentarios que se oían sobre el modo de acceder a la profesión, las pocas plazas que salían, el temido examen EIR, el duro proceso de formación, etc., pero finalmente con tesón, dedicación y esfuerzo conseguí ser matrona.

P. Si los datos que tengo no son equivocados, estudias Enfermería en la Universidad de Jaén, entre los años 1997-2000, y posteriormente, en 2007, finalizas la especialidad en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada de la Universidad de Granada, distrito universitario al que por años estuvo adscrita la Universidad de Jaén. ¿Cuáles son tus mejores recuerdos de tu paso por la Especialidad? ¿Tuviste dificultades especiales en esta formación?

R. Mi experiencia durante la residencia fue inolvidable. Guardo unos recuerdos increíbles de mi paso por la Unidad de Matronas de la Universidad de Granada y el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Tuve una suerte tremenda con el grupo de compañeras y compañeros, mis "co-r", que aún mantenemos el contacto después de tantos años; establecimos unos vínculos que van mucho más allá del aspecto profesional, nuestra actividad científica era intensa, pero no menos lo era la vida social que llevábamos en esa hermosa ciudad que es Granada. Del mismo modo, las matronas y el profesorado que nos enseñaban de forma apasionada todos los aspectos teóricos y prácticos relacionados con la profesión de matrona despertaban aún más

el interés y la motivación para seguir aprendiendo, investigando y también la necesidad para reivindicar todos los aspectos que creíamos mejorables con el fin de darle a la profesión el lugar que se merece. Aprovecho para agradecer a la que fue la coordinadora de esta unidad docente, Doña María del Carmen Navarro Jiménez, el débito de parte de mis consecuciones profesionales. Su pasión por la profesión hizo que se formaran matronas con muchas inquietudes y apasionadas por la profesión y desarrollo de esta. Durante la residencia tuve mi primer contacto con la investigación mediante una comunicación que presentamos al congreso de la AEM, celebrado en Oviedo, un congreso excepcional que, de hecho, fue el motor para que siguiésemos investigando.



2ª Promoción U. Docente Matronas de la Universidad de Granada (2006-2007)

P. Como matrona, ¿cuál ha sido tu paso por la faceta asistencial?

R. Como matrona mi labor profesional asistencial la he desarrollado, durante muchos años, principalmente, en el Servicio de Partos. Era un tiempo en el que la escasez importante de matronas era acuciante, más aún que en la actualidad y, sobre todo, en determinadas comunidades autónomas como, por ejemplo, Andalucía; con esta tesitura, matronas/es estábamos relegados casi en exclusiva al Servicio de Partos, en Atención Primaria las matronas eran muy escasas o incluso había provincias en las que eran inexistentes; en las plantas de mujeres gestantes, puerperas o consultas no había matronas. Debido a ese déficit, los únicos puestos para los que nos contrataban estaban en el Servicio de Partos. Poco a poco se consiguió que también estuviésemos presentes en el Servicio de Urgencias de Obstetricia y Ginecología, aunque mi experiencia en ese servicio fue corta. Mi faceta asistencial la he desarrollado por varios hospitales, como el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda o el Hospital Universitario de Jaén, donde obtu-

ve una plaza de estatutario fijo por oposición y que en la actualidad tengo en excedencia.



Actividad asistencial en el paritorio

P. En varias entrevistas en red se consigna que realizaste un Máster oficial universitario en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública, en Granada en 2007. Hoy, conociendo tu amplia y destacada trayectoria investigadora, me cabe preguntarte si el hecho de realizarlo fue lo que te motivó a entrar de lleno en la investigación, o si por el contrario ya llevabas el "gusanillo" de la investigación dentro y esta fue la vía para conseguir desarrollarte en un campo de trabajo con el que te sientes plenamente identificado.

R. Hasta que realicé la residencia de matrón no había tenido ningún contacto con la investigación, fue aquí donde inicié mi formación que culminó con la presentación de una comunicación al XI Congreso de la AEM (2006), como ya he comentado, y la publicación de un artículo en la revista *Matronas Profesión*. Esto despertó mi interés por la investigación, pero sentía que tenía unas deficiencias importantes de formación en investigación, una faceta que despertaba un gran interés, pero a la vez sentía que no tenía las competencias oportunas, por ello decidí buscar cómo poder cubrir esa necesidad formativa que yo percibía. El máster era el recurso que me podía aportar los conocimientos y las destrezas para poder llevar a cabo los estudios que respondieran de forma científica a las demandas y necesidades que se percibían en el desarrollo de la actividad profesional en los centros sanitarios o, incluso, a las peticiones-sugerencias que nos hacían y verbalizaban las propias mujeres. Después, esa necesidad de seguir aprendiendo me llevó a seguir formándome con otras actividades sobre aspectos específicos de investigación como

diferentes metodologías, análisis de datos, difusión de resultados, divulgación, etc. La investigación es muy dinámica y siempre surgen aspectos nuevos sobre los que hay que formarse e investigar.



Inauguración del 1st International Congress on pelvic floor dysfunctions in women. Universidad de Jaén (2022)

P. En tu carrera profesional, sin duda, fue un logro importante la defensa de tu tesis doctoral también en la Universidad de Granada, en septiembre de 2012, calificada con un sobresaliente *cum laude*. ¿Por qué elegiste estudiar el impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido?

R. El programa de Educación para la Salud específico del proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza, lo que en aquellos tiempos era más conocido como Educación Maternal, era impartido mayoritariamente por otros profesionales que no eran matronas; no se le otorgaba la importancia que tiene la Educación para la Salud (ni por parte de la Administración, ni de la mayoría de los profesionales, ni siquiera de gran parte de las propias mujeres) y sobre este programa más concretamente, identificamos que los estudios que se habían llevado a cabo en nuestro entorno eran escasos o mostraban algunas limitaciones importantes. Por todo ello, y con la finalidad de tener argumentos sólidos que defendiesen el mantener este programa dentro de la cartera de servicios del sistema sanitario, que se promocionara, que se potenciara y desarrollara, se decidió investigar sobre el efecto que su realización podría tener sobre diferentes aspectos de la madre, del recién nacido e, incluso, sobre el propio sistema sanitario. El proyecto lo presentamos a un programa de financiación competitiva del Instituto de Salud Carlos III (FIS) y le fue concedida. Además, los resultados del estudio sirvieron para defender ante la administración sanitaria andaluza la importancia del programa de Educación Maternal y que este fuera llevado a cabo por matronas.

P. Fiel a tus orígenes, te inicias en la Universidad de Jaén en la faceta docente. ¿Cuál fue este momento y por qué?

R. La docencia me gusta y siempre me había atraído, creo que es muy importante por la transmisión del conocimiento que se produce. Realizando la tesis doctoral, se iniciaron procesos en la Universidad de Jaén para seleccionar profesorado en diferentes áreas y una de ellas era la de Enfermería. En principio, debido a mi poca experiencia docente (únicamente había impartido cursos de formación continuada y colaborado como tutor clínico en la formación del alumnado del grado en Enfermería) e investigadora (no había ni concluido la tesis doctoral y únicamente contaba con algunas comunicaciones y artículos de los que era autor) pensaba que no tenía posibilidades, ya que eran los méritos que se valoraban. A pesar de ello, participé en ese proceso para optar a una de esas plazas de profesor, y cuál fue la sorpresa que la conseguí, a partir de ahí fui pasando por las diferentes figuras contractuales. En un principio, como interino sustituto y asociado laboral a tiempo parcial, lo que me permitía compaginarlo con la actividad asistencial en el centro sanitario, pero con la consecución de las diferentes y oportunas acreditaciones a nivel nacional, tras la evaluación favorable por parte de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), ya estuve de profesor ayudante doctor, profesor contratado doctor, profesor titular de universidad y, finalmente, catedrático de universidad, todas estas exigen exclusividad, por lo que tuve que pedir la excedencia en la plaza de matron del sistema sanitario.



Talleres de divulgación sobre SVB y prevención de ITS en el Centro Penitenciario de Jaén

P. Tengo que confesarte que fue precisamente una de tus profesoras, querida amiga y respetada colega de profesión, Carmen Navarro Jiménez, directora/coordinadora de la UDM de la Universidad de Granada hasta su cierre

en 2011, la que, con una ilusión y orgullo salidos del corazón, me comunicó la noticia de tu cátedra al día siguiente de conseguirla. Ahora que ya tienes una larga trayectoria en la docencia e incluso has sido galardonado con el Premio a las Buenas Prácticas Docentes, ¿cuáles crees que son las condiciones esenciales de un profesor para dejar huella y servir de inspiración a sus alumnos?

R. Sin duda, uno de los aspectos que determinan que el alumnado se sienta atraído por la materia que se imparte es que el profesor transmita que la profesión, y lo que hace, le apasiona y que se sienta realizado, y un ejemplo de ello es la Profesora María del Carmen Navarro Jiménez, ella consiguió inspirarme a mí y a otros y otras muchos y muchas. Cuando disfrutas con lo que haces se percibe, se transmite y hace que el mensaje llegue mejor al alumnado. Además, ese entusiasmo también se traslada y hace que el estudiantado se implique, despierte su interés por la materia y se motiven. También tenemos la suerte que la materia que nos toca impartir (la salud sexual y reproductiva) es la materia más interesante del mundo (quizás no sea objetivo en esta valoración) y eso facilita mucho todo el proceso de aprendizaje.



Impartiendo clase en la Facultad de Enfermería

P. Recientemente leía un estudio realizado por el Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, que concluía en que aproximadamente un 30% de profesionales elige estudiar algo que no responde a sus verdaderos intereses y aptitudes, noticia preocupante por las implicaciones en el ejercicio posterior y, entiendo, más que evidenciada por el profesorado en las aulas. ¿Has notado en nuestra profesión este impacto? Vocación obsoleta o necesaria?

R. En mi opinión, la vocación no es únicamente lo que va a determinar la profesionalidad e incluso bajo este "paraguas" de la vocación, la profesión ha sido objeto de algu-

nos agravios. Lo importante es ser un profesional en todo momento y en todos los aspectos, que se recicle, que se forme, que actúe según la evidencia y se adapte a los cambios que esta apoya y que respete a la mujer y su decisión y que ella sea el centro de la atención y el cuidado. Sí, es verdad, que, según mi percepción, la calidad de la formación de las matronas en la actualidad no es la misma que hace unos años cuando las exigencias de acceso a la especialidad eran mayores y el proceso de formación llevado a cabo en las universidades y en el sistema sanitario conllevaba una dedicación mayor y un proceso de aprendizaje más integral. Del mismo modo, también percibo que las nuevas generaciones de matronas no reconocen el valor y la calidad de las matronas de generaciones anteriores, quizás un "mal entendido" avance de la profesión mal gestionado, haya propiciado esto, que quede claro que esta es solo mi opinión.

P. Si al principio pregunté respetuosamente por tu edad, el motivo era ajeno al cotilleo, con ello pretendía mostrar el escaso tiempo en el que has condensado una brillante y meteórica carrera. ¿Cuál es tu máxima para conseguir sus objetivos?

R. Aunque se perciba un objetivo como imposible y difícil, rara vez he dejado de intentarlo, por ejemplo, el poder llegar a ser matrona. Evidentemente, hay veces que se consigue y otras no, pero la máxima es que no quede la duda de que no se consiguió por no intentarlo. Cuando se propone un objetivo hay que dedicar tiempo, trabajo, esfuerzo y poner todo el empeño en conseguirlo, no hay que dar nada por imposible e inalcanzable.



Entrevista de televisión sobre divulgación de la ciencia

P. Tu currículum, que me he detenido a leer, he constatado que es impresionante, con más de 100 artículos de investigación publicados en los que se observa la calidad *in crescendo* desde los primeros a partir del 2007 en revistas nacionales, hasta llegar a publicar en revistas inter-

nacionales indexadas en bases de reconocido prestigio y con factor de impacto del Journal Citation Report (JCR). ¿Qué consejos darías a los neófitos ante la exigencia "draconiana" actual por parte de las universidades de publicar?

R. El sistema actual exige publicar a los profesionales y al profesorado para poder progresar y promocionar en el trabajo, afortunadamente la tendencia parece que está cambiando y que se va a reconocer más la calidad que la cantidad. Aparte de esta exigencia, es necesario publicar para que haya una transferencia del conocimiento y que este pueda aplicarse y mejorar la vida y la salud de las mujeres. El consejo es realizar estudios sobre temas en los que se detecten lagunas o inconsistencias del conocimiento o que son demandados por las mujeres, novedosos, innovadores. A eso hay que añadir también la elección del tipo de estudio más adecuado para conseguir los objetivos marcados, de tal modo que este pueda contribuir a la resolución de los problemas que tienen las mujeres. Si se dan todos esos elementos, las revistas de prestigio publican, en la mayoría de los casos, los artículos que contienen los resultados de esos estudios de forma que son el vehículo, aunque no el único, para llegar a los profesionales sanitarios y que estos lo trasladen a sus cuidados e intervenciones para mejorar la calidad de vida de las mujeres.



Equipo del póster presentado al *European Network on Gender & Violence*, Copenhague (2022)

P. Además de todas las publicaciones citadas, has publicado y coordinado varios libros y capítulos de libros, participando como investigador colaborador y como investigador principal en varios proyectos nacionales e internacionales, fundamentalmente en la línea de los Cuidados en Salud Sexual y Reproductiva. Todo el conjunto te ha llevado a ser director de varias tesis e, incluso, formar parte de tribunales de estos trabajos. ¿Cómo se siente uno cuando está del otro lado? Si mis informes son buenos creo que incluso llegaste a formar parte del Tribunal de Tesis de una colega que fue tu profesora...

R. Cuando se está en el "otro" lado hay que pensar en cuando se estaba en el lado del "examinado". Generalmente cuando una tesis llega al acto de defensa ya ha pasado una serie de filtros: ha sido planteada, orientada, revisada, corregida y dirigida por el director y el tutor durante un largo proceso, ha tenido que publicar al menos un artículo con los resultados de esa tesis, con lo que ha tenido que pasar un proceso editorial con una revisión por pares en revistas de prestigio, etc. Esto no conlleva que no se pueda realizar una crítica, pero siempre hay que hacerla de forma constructiva, que aporte, que ayude a mejorar el trabajo con el objetivo de que, en la continuidad de la línea de investigación o planteando líneas futuras, pueda implementarse e intentar mejorarla. Lo que hay que tener en cuenta es que el principal protagonista es el doctorando y no el tribunal, es un acto académico muy importante para el doctorando y su entorno y no hay que "robarle" ese protagonismo y, por supuesto, siempre con el máximo respeto.



Premio al mejor trabajo de investigación, Congreso Nacional de Enfermería "Ciudad de las Tres Culturas": Nuevos retos en cuidados de enfermería. Toledo (2023)

P. *A priori* "se intuye" que el camino para obtener una cátedra universitaria y sobre todo desde Enfermería, sobre la que "más que un techo de cristal, nos han puesto un techo de plomo", debe ser "bien empinado". Eres un pionero, si no me equivoco me sobran los dedos de una mano para contar los enfermeros con Cátedra y en tu caso, el primer enfermero con especialidad como martrón. Descríbenos sucintamente las exigencias para llegar hasta ahí.

R. En España, en el Área de Enfermería, teniendo en cuenta a todos y todas los catedráticos y catedráticas que hay en esta, aun siendo profesionales de otras disciplinas como la psicología, farmacia, medicina, etc., no superan los 15; si solo se considera aquellas y aquellos que son enfermeras o enfermeros de profesión, son muchos menos. Conseguir

ser catedrático es un proceso largo y duro. En un primer momento hay que obtener, a nivel nacional, la acreditación positiva por parte de ANECA, para ello hay que acreditar una serie de méritos, entre los que se encuentra ser autor de publicaciones en revistas de prestigio, participar y liderar proyectos de investigación con financiación competitiva, liderazgo docente e investigador, experiencia en gestión y en docencia universitaria de grado y posgrado, experiencia clínica y participar en actividades de divulgación y transferencia, entre otros. Posteriormente hay que someterse a un proceso de oposición que dependiendo de la universidad que convoque la plaza puede ser diferente, aunque en todos ellos hay que hacer una defensa del currículum vitae, de un proyecto docente y de un proyecto de investigación ante un tribunal. Finalmente, el tribunal debate y propone al candidato mejor evaluado para ser nombrado catedrático.

P. Para la obtención de tu cátedra, defendiste el proyecto titulado "Adherencia a la dieta mediterránea y su asociación con la depresión posparto". Dinos algunas de las conclusiones más relevantes del mismo.

R. Es un proyecto que estamos realizando en la actualidad, por lo que aún no tenemos resultados. Se ha conseguido financiación competitiva por parte del Instituto de Salud Carlos III. No se ha identificado en la literatura ningún estudio que aborde esta temática, por eso, con base en esa laguna de conocimiento, se planteó esta investigación teniendo en cuenta los escasos estudios que abordan la adherencia a la dieta mediterránea y su asociación con la depresión en población general fuera de la etapa perinatal. Esperamos tener resultados en un breve periodo de tiempo y que estos puedan ser de utilidad para elaborar estrategias de prevención y abordaje de este problema que tiene una tendencia al alza y con unas consecuencias considerables sobre la salud de la madre y el recién nacido, tanto a corto como a largo plazo.

P. Has realizado estancias de docencia e investigación tanto en Europa como en Iberoamérica y te mantienes en contacto y colaboración con grupos de investigación internacionales. ¿Percibes diferencias entre los estudiantes e investigadores en España y los del resto de los países que has conocido?

R. La globalización está implícita en todos los aspectos, como no puede ser menos, también ha llegado a la docencia y a la investigación. Uno de los proyectos que tenemos en la actualidad que trata sobre la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo, lo llevamos a cabo con investigadoras de Dinamarca. Este proyecto está financiado por la Unión Europea. Tenemos muchas reuniones e incluso los investigadores de aquí hemos estado allí



Acto de defensa, oposición para el Acceso al Cuerpo de Catedráticos de Universidad. Jaén (2023)



Defensa del proyecto de investigación Acceso al Cuerpo de Catedráticos de Universidad. Jaén (2023)

y viceversa, tenemos intercambio de experiencias, etc. Los problemas de las mujeres suelen ser comunes a la mayoría de ellas, independientemente de la parte del mundo donde se encuentren y las posibles soluciones también suelen ser las mismas con algunos pequeños matices, por ello la publicación en revistas internacionales que llegan a todos los rincones del planeta. Ahora he recibido una invitación de la Universidad de Harvard para realizar una estancia allí y desarrollar un proyecto con investigadores de esa universidad norteamericana. No hay fronteras para la investigación, el trabajo conjunto y coordinado entre investigadores de varios países supone una sinergia de esfuerzo para buscar soluciones más eficientes a los problemas de las mujeres. La internacionalización de la investigación y el conocimiento es necesaria.

P. Tu formación y trayectoria como matróon te ha posicionado como miembro del Comité Técnico Asesor para las competencias profesionales de las matronas de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). ¿Cuáles son los pasos más necesarios, a tu juicio, para el pleno desarrollo de las competencias de las matronas en España?

R. Tener un cuerpo de conocimiento propio, actualizado y derivado de la evidencia en el cual se apoyen las competencias de las matronas favorece la independencia de estas, por ello la importancia de desarrollar investigación

en el campo de las matronas y que sea llevada a cabo por estas mismas. Del mismo modo se necesita el apoyo de la Administración y los responsables de la gestión sanitaria. A todo ello hay que sumar que las mujeres sientan la necesidad de ser atendidas por matronas porque perciban la calidad, la plusvalía que supone la atención y los cuidados prestados por estas. El conjunto y la interacción de todos estos factores facilitarán el desarrollo pleno de las competencias de las matronas, pero por supuesto también hay que contar con la disponibilidad y predisposición de las matronas, sin la voluntad e implicación de las propias matronas no será posible.

El espacio se nos acaba, que no las ganas de seguir charlando contigo y seguir exponiendo muchos otros méritos que han quedado en el tintero porque, reitero, como expresé al principio, que el éxito y prestigio que te has ganado sin duda puede ser inspirador y un orgullo para el resto de la profesión. Solo me cabe felicitarte en nombre propio y en el de la Asociación Española de Matronas, que siempre celebra los triunfos profesionales del colectivo porque es una forma de que la profesión avance, y desearte larga y buena vida haciendo lo que más y mejor sabes hacer: enseñar e investigar.

ATENEA
Redactora AEM

AGENDA

Reclamación de la AEM a la Ministra de Sanidad, Presidentes y Consejeros Autonómicos por la recalificación prioritaria de las Matronas a la categoría funcionarial A1



Desde 2022 se suceden las noticias de que la reclasificación de los profesionales de Enfermería se ha configurado como una de las prioridades de los sindicatos en la negociación con el Gobierno para la actualización del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud. El Ministerio de Hacienda y el de Función Pública se han sumado a la mesa del Ámbito de Negociación para tratar esta y otras cuestiones que afectan directamente al personal estatutario y a pesar de que insistentemente se menciona la "predisposición" por parte del órgano para que el ascenso enfermero al nivel A1 de la Administración Pública sea una realidad, no fue incluido en el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado (PGE) para el ejercicio 2023, ni siquiera lo está para el de 2024.

Indudablemente es un tema que tiene una trascendencia normativa y presupuestaria muy importante, pero el acuerdo está aún por firmar para eliminar la vigente división en subgrupos A1 y A2 en el Grupo A, y que todos los titulados universitarios, como en el caso de Enfermería, pertenezcan al Grupo A (sin subgrupos), algo que debería haber sucedido hace 15 años. Consecuentemente, está sin establecer cómo se gestionaría y pondría en marcha, en coordinación con las comunidades autónomas, algo que preocupa y mucho a los destinatarios.

Desde el Ministerio de Sanidad se apuesta por un cambio que utilice los niveles MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior) del marco europeo. Esto quiere decir que a partir de ahora se clasificarían los funcionarios en función de los créditos universitarios necesarios para acceder a la profesión. Por ello, la Asociación Española de Matronas ha querido informar a la Ministra, Presidentes y Consejeros autonómicos, de primera mano, de la idiosincrasia de la profesión de Matrona que se distingue de las demás especialidades enfermeras destinatarias de esta mejora, en criterios objetivos como el cómputo real de los créditos ECTS adquiridos en la formación de esta especialidad (120-144), que no pueden justificar el resto de las demás especialidades, a sumar a los 240 ECTS del Grado de Enfermería. En el supuesto de que se estableciera una adaptación paulatina, que entenderíamos incluso razonable, recordarles que la posición de las Matronas estaría en primer lugar por la suma curricular de ECTS que acredita objetivamente nuestra formación.

A continuación, se adjunta la carta remitida a la Ministra de Sanidad y a todas las Consejerías de las Comunidades y Ciudades autónomas a la atención de sus respectivos Presidentes y Consejeros/as.



Excm. Sra. Dña. Mónica García Gómez.

Ministra de Sanidad.

Pº del Prado, 18, Centro. 28014 Madrid

Estimada Sra.:

Nos dirigimos a Ud. en nombre de la Asociación Española de Matronas, decana de las asociaciones de este colectivo, fundada en 1978.

Deseamos recordarle la imperiosa necesidad que sin duda conocerá muy bien, de actualizar o realizar una nueva clasificación de las profesiones tituladas en base al artículo 76 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que, claramente se debe situar a las Matronas (Enfermera Especialista Obstétrico-ginecológica) en el Grupo A1.

Se viene manteniendo un claro incumplimiento al no respetar la estructura de las titulaciones universitarias implantada tras el proceso de Bolonia, a partir de la cual las antiguas diferencias entre licenciados y diplomados han desaparecido.

Para mayor agravio, las Matronas estamos en posesión del título de *Grado* como enfermeras (240 créditos) y, además, los 120-144 ECTS (*European Credit Transfer System*) obtenidos durante la formación de la Especialidad, regulada en 3.600 horas (clínicas y teóricas) por la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 que fue traspuesta a nuestro ordenamiento jurídico mediante el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre.

Ahondando más, la especialidad de Matrona presenta diferencias con el resto de las especialidades enfermeras incluso, en que ninguna de las demás especifica las horas de programa a cumplir y, como en el caso de todas ellas, la de Matrona es la única especialidad a la que no se puede acceder por ninguna vía extraordinaria de las determinadas y en marcha.

Las Matronas, oficio primero y profesión después, tan antiguo como la humanidad, han sabido adaptarse en cada momento a las necesidades de la población a cuidar y atender con una respuesta impecable. Las Matronas tenemos el perfil profesional idóneo para cuidar y atender a la mujer a lo largo de toda su vida, en su salud sexual-reproductiva-afectiva.

Así lo han expresado todos los organismos internacionales relacionados con la salud. Por cierto, el pasado 6 de diciembre de 2023, la UNESCO ha incluido nuestro trabajo "**Partería, conocimientos y habilidades**" en la Lista del Patrimonio de Bienes Inmateriales de la Humanidad.

A lo largo de la historia, el colectivo de Matronas hemos pagado muy caro el ser un grupo profesional pequeño y exclusivamente femenino hasta 1980, aunque la proporción femenina sigue siendo mayoritaria a día de hoy .

Y dicho todo esto, volvemos al tema y motivo de esta carta: la reclasificación que reclamamos, lícita y con toda la razón que nos asiste fundamentada en la incoherencia del actual esquema establecido por el EBEP en su artículo 76.

Ahora la pregunta es: **¿cuándo, cómo y cuánto?**

En nuestra relación con las distintas administraciones, y en particular con el Ministerio de Sanidad, desde hace 46 años, las Matronas hemos “sufrido” toda clase “ninguneos” de las/os más de 30 ministros, sus subsecretarios, sus directores generales y muchos consejeros y presidentes de CC.AA., relacionados con los plazos o incumplimientos.

Esperamos que Ud. entienda nuestra suspicacia respecto a los plazos ¡porque hacerlo tienen que hacerlo!

No nos queda más remedio que justificar brevemente, por los tiempos, las razones de nuestros celos:

- ✓ 1987. RD 3/1987, de 11 de septiembre. Cambio de modelo retributivo con el que las matronas perdemos un 13% en nuestra nomina, respecto a las nuevas retribuciones de enfermería, a cuenta del complemento de “especialidad” de entonces. Tampoco se contempló en la asignación del complemento que reconocería la complejidad técnica, autonomía, penosidad, responsabilidad y la dificultad de tratar con dos pacientes a la vez (madre-hijo) con la dificultad de acceso al feto intraútero, que podría encajar en lo previsto en el Art. 2, apartado a) y b) del mencionado RD. **Nunca se solucionó.** ¿Por qué? Porque a los Sindicatos no le interesamos y a las Administraciones no les importamos lo necesario como para considerar ni nuestra minoría que se hace invisible en las mesas de negociación, ni el importante papel sociosanitario que desempeñamos, a pesar de la demostrada necesidad de nuestra profesión.
- ✓ 1987. La Asociación Española de Matronas pide encarecidamente, a los distintos ministros, un cambio en el modelo asistencial en la atención al parto normal, acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el exceso de intervencionismo innecesario de aquellos años. **Pasaron 15 años** hasta que el Ministerio, ¡por fin!, entendió nuestra petición, su conveniencia y, lo más importante, los beneficios para la salud reproductiva de las mujeres y la de su prole. Con la creación del Observatorio de la Salud de la Mujer, con la Ministra Elena Salgado, se pone en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal con la edición de varios documentos de recomendaciones, estándares y guías que, aunque lentamente, han ido modificando el modelo asistencial en las maternidades públicas.

El papel de esta Asociación fue muy activo en la elaboración de estos documentos.

- ✓ 1987. España acaba de entrar en la Comunidad Económica Europea (Unión Europea) y el Tratado exige el cumplimiento de muchos extremos entre los que se encuentran la formación de las Matronas por la Directiva 80/154/CEE. En otros países, de reciente incorporación entonces, se adaptaron los programas formativos a la mencionada Directiva de inmediato, pero en España se procedió al cierre de las antiguas Escuelas de Matronas y así quedó interrumpida la formación durante ocho años, provocando un problema de recambio generacional que aun arrastramos.

Este desastre se lo debemos a la indolencia, al desinterés e irresponsabilidad de los ministros Julián García Vargas, Julián García Valverde y José Antonio Griñán Martínez, aun existiendo un recurso el 11 de octubre de 1989 contra el Reino de España, por no haber adoptado en los plazos establecidos por parte del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas.

Con la Ministra Ángeles Amador, en 1994, se puso en marcha el modelo formativo actual, pero el daño ya fue irreparable.

También en esta ocasión la Asociación Española de Matronas participó activamente, liderando desde la presidencia de la Comisión Nacional la elaboración del nuevo programa formativo de las matronas adaptado a las exigencias de la UE.

En el transcurso en estos últimos 20 años de implantación del nuevo programa formativo para matronas, la insistencia de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona para que todas las CC.AA. ofertaran todas las plazas acreditadas, no ha dado fruto ni aun cuando no había otras especialidades enfermeras desarrolladas, resultando que se han perdido más de 3.000 plazas acreditadas que hubieran podido paliar en parte la actual escasez de Matronas en nuestro país, uno de los países de Europa con más alarmante bajo ratio de Matronas.

Como puede ver a este colectivo le ha "llovido" tanto en las últimas décadas que nuestra desconfianza está muy presente en cualquier expectativa que dependa de las decisiones políticas.

Sin embargo, estaríamos dispuestas a "poner, provisionalmente, un tupido velo a nuestras amargas experiencias con ese Ministerio de Sanidad y Gobiernos Autonómicos" otorgándoles un voto de confianza con la esperanza de que esta situación de agravio e injusticia en la clasificación del Grupo A1, se resuelva con la mayor celeridad posible y en el supuesto de que se estableciera una adaptación paulatina que, entenderíamos incluso razonable, recordarles que la posición de las matronas estaría primer lugar por la suma curricular de ECTS que acredita objetivamente nuestra formación.

Sin otro particular, quedamos a la espera de su respuesta y le enviamos nuestros saludos más cordiales,

En Madrid, a 26 de enero de 2024



Rosa Mª Plata Quintanilla
Presidente de la AEM



Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
Relaciones Institucionales AEM

Colaboración AEM-Comisión Europea para el mapeo y la evaluación de la evolución de la profesión de Matrona en Europa



MAPPING AND ASSESSMENT OF DEVELOPMENTS FOR SECTORAL PROFESSIONS UNDER DIRECTIVE 2005/36/EC- MIDWIFE (GROW/2023/OP/0024)

National associations representing the interests of midwives

La Comisión Europea recientemente ha puesto en marcha el estudio titulado "Mapeo y evaluación de la evolución de una de las profesiones sectoriales según la Directiva 2005/36/CE: Matrona", para lo cual ha solicitado la participación de las Asociaciones Nacionales de Matronas de la Unión Europea (UE) y de la EFTA (Asociación Europea de Libre Comercio) que acoge a Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

Se trata de recopilar información sobre los requisitos nacionales actuales de formación para la profesión de Matrona en cada uno de los Estados miembros de la UE y de la EFTA.

Dado que esta investigación es crucial para ayudar a la Comisión Europea a evaluar si los requisitos de formación existentes en la UE deben actualizarse para reflejar los avances científicos y técnicos, la Asociación Española de Matronas (AEM) ha participado gustosamente en el proyecto, destacando el alto grado de formación de las matronas en España, avalado por su completo programa formativo que les capacita para el desempeño de todas las tareas competenciales en el área sexual y reproductiva de la mujer y atención al neonato, desde el momento de la adquisición de su condición de especialistas en Enfermería Obstétrica Ginecológica.

Cursos finalizados

Cursos de ecografía básica para matronas

Los pasados días 23 y 24 de enero se impartieron la 3ª y

4ª edición. La AEM organizó la 3ª y 4ª edición del curso intensivo "Ecografía básica para matronas".

El éxito del curso fue el gran aprovechamiento de las/os alumnas/os y la excepcional respuesta de las mujeres gestantes voluntarias (más de 40) que posibilitaron las prácticas reales de todos los matriculados. La organización de estos cursos es especialmente compleja dada la logística que requieren, desde aparatos ecográficos, difíciles de conseguir, hasta lograr movilizar el suficiente número de mujeres gestantes, de los tres trimestres de gestación, que se presten a la práctica.

Este reclutamiento de mujeres gestantes es posible gracias a la colaboración de las matronas de Atención Primaria de las zonas más próximas a la sede, a quienes la AEM, entidad organizadora de los cursos, agradece sinceramente su implicación para el éxito de las actividades formativas.

Por su parte, muchas de las alumnas se prestaron voluntariamente para hacer prácticas también en ecografía ginecológica.

La evaluación de las/os alumnas/os del curso ha sido excelente una vez más, destacando la calidad del docente y la disponibilidad de prácticas reales.

Curso de valoración del bienestar fetal intraparto

La AEM clausuró una nueva edición del curso "Valoración de bienestar fetal intraparto", impartido los días 29, 30, 31 de enero y 1 de febrero. Este es uno de los



cursos "estrella" del programa de Formación Continua de la AEM.

La interpretación cambiante de los cardiotocogramas hace imprescindible una actualización continua, remarcando que la lectura del RCTG es solamente una parte de la evaluación clínica global de la madre y el feto, cuyo objetivo es la detección de hipoxia fetal, sin olvidar que

en el contexto global de la vigilancia fetal intraparto existen otras causas no hipóxicas que causan lesiones fetales.

Como en todas las ediciones anteriores todos los asistentes mostraron un alto grado de satisfacción y gran aprovechamiento, a lo que contribuyó la calidad de la docente.



Curso en preparación

Recuperación de suelo pélvico (pendiente de fechas)

Justificación de la actividad formativa:

Hoy en día la matrona debe estar preparada para poder asumir los cambios que se están produciendo en las técnicas y los métodos de trabajo en el suelo pélvico, ya que las disfunciones de este suponen un porcentaje muy elevado de las consultas que tienen esos profesionales en su trabajo diario.

En pocas ocasiones nos paramos a pensar en la existencia de la musculatura que constituye el suelo pélvico, y mucho menos en sus múltiples funciones. Habitualmente solo lo hacemos en situaciones muy concretas como durante el embarazo y el parto, las relaciones sexuales o en el climaterio. Sin embargo, la musculatura del suelo pélvico cumple funciones importantísimas en el cuerpo humano de las que las matronas no nos podemos olvidar puesto que tienen un papel fundamental en la calidad de vida de las pacientes. La matrona, desde su puesto en Atención Primaria, debe conocer cuáles son las bases anatómicas y fisiológicas del suelo pélvico, saber reconocer las disfunciones de este y cómo hacer criterios diagnósticos, de recuperación y

rehabilitación, así como cuándo realizar las derivaciones a los servicios correspondientes.

Al mismo tiempo, con los avances en la investigación en periné, se ha visto que el trabajo del suelo pélvico no se hace de manera aislada, sino que necesita de la colaboración y el trabajo coordinado de grupos musculares, como son los músculos que constituyen la cincha abdominal (principalmente el músculo transversal del abdomen) y el diafragma torácico. No hace falta la existencia de patología previa, de secuelas del embarazo y del parto, de cirugías abdominales o pélvicas para que sea necesario trabajar el suelo pélvico y la cincha abdominal, como método preventivo para tener una buena salud perineal. Para trabajar estas musculaturas se está utilizando la propiocepción. Esta nueva forma de trabajo se basa en la importancia que tiene la toma de conciencia del cuerpo como un "todo" y entender cómo sus desequilibrios posturales pueden afectar a la estática pélvica y por consiguiente al suelo pélvico. El trabajo del suelo pélvico mediante la propiocepción es una herramienta dinámica y eficaz que hace que las matronas consigan que sus pacientes, con el trabajo y el uso de diferentes técnicas, sean más autónomas en la gestión de la reprogramación y reeducación de su postura y, por tanto, del suelo pélvico.



Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentra@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías



enferteca.com

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.

 grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero