



SUMARIO

Editorial

Originales

- Perfiles hormonales esteroideos a partir de la semana 12 de gestación y el desarrollo de un modelo matemático para la predicción de la semana de parto
- ¿Por qué decidí estudiar obstetricia? Relatos de un estudio cualitativo en estudiantes de obstetricia

Caso clínico

Seroma periprotésico tardío en madre lactante

Revisiones

- Inducción de lactancia en madres no gestantes
- Esterilidad en la pareja

Echando la vista atrás

Las matronas españolas y su vinculación con los 100 años de historia en la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Parte I

Entrevista

Entrevista a Sofía Gotor Colás

Agenda

- La Asociación Española de Matronas interviene para intentar parar el golpe bajo a las matronas en Galicia, y por extensión a todo el colectivo
- Lecciones no aprendidas, desconsideración, desconocimiento de la importancia del acompañamiento en el parto
- ¿Acercamiento del Consejo General de Enfermería a las matronas?
- Nueva comisión formada desde de la AEM. Retribuciones salariales de las matronas de Atención Primaria de Madrid





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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

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

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

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

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 10 - nº 1 abril-agosto 2022

Editorial

4

Originales

- Perfiles hormonales esteroideos a partir de la semana 12 de gestación y el desarrollo de un modelo matemático para la predicción de la semana de parto 6
 Silvia Alonso Marin, Sara Cáceres Ramos, Daniel Vélez Serrano, Luis Sanz San Miguel, Gema Silván Granado
 María José Illera del Portal, Juan Carlos Illera del Portal
- ¿Por qué decidí estudiar obstetricia? Relatos de un estudio cualitativo en estudiantes de obstetricia..... 14
 Luis del Valle Quintana

Caso clínico

- Seroma periprotésico tardío en madre lactante 23
 María Teresa Anduig Viñarta, María Teresa Pingarrón Montes

Revisiones

- Inducción de lactancia en madres no gestantes 28
 Sara Jiménez Siles, Juan Oropesa Roper
- Esterilidad en la pareja 35
 María Molina Sánchez, M^a Dolores Pozo Cano, Encarnación Martínez García, M. Ángeles Pérez Morente

Echando la vista atrás

- Las matronas españolas y su vinculación con los 100 años de historia en la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Parte I..... 46
 Rosa M^a Plata Quintanilla, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Entrevista

- Entrevista a Sofía Gotor Colás 54

Agenda

- La Asociación Española de Matronas interviene para intentar parar el golpe bajo a las matronas en Galicia, y por extensión a todo el colectivo..... 58
- Lecciones no aprendidas, desconsideración, desconocimiento de la importancia del acompañamiento en el parto..... 63
- ¿Acercamiento del Consejo General de Enfermería a las matronas? 65
- Nueva comisión formada desde de la AEM. Retribuciones salariales de las matronas de Atención Primaria de Madrid.. 66

Editorial

La formación de matronas peliga: el riesgo de las Unidades Docentes Multidisciplinares

Atrás quedan años de intensa lucha de las matronas, que en su día "tiraron del carro" voluntaria y comprometidamente para instar al Gobierno de España a retomar los estudios de la especialidad de matronas, cerrados en 1987, para dar continuidad a la profesión y en cumplimiento de las exigencias de la Directiva UE.

Diseñaron un programa que, más de 20 años después, está plenamente vigente porque sin duda ha permitido armonizar el contenido específico de la formación adaptándose a las necesidades de salud de las mujeres y la evolución del desarrollo científico, con un aprendizaje teórico/práctico intenso y una supervisión directa por matronas, que da como resultado un profesional asentado en bases sólidas de conocimiento a su salida al mercado laboral. Por otra parte, la necesidad de matronas en España es un hecho constatado que los organismos internacionales de salud han puesto de relieve, a pesar de lo cual, y meritoriamente, España se posiciona entre los primeros países del mundo en atención materno-infantil, sin reconocimiento alguno por parte de la Administración, que hace caso omiso a las indicaciones internacionales para ajustar racionalmente las ratios de matronas, finalizando con la sobreexplotación de sus profesionales.

Para los que llevamos años asistiendo al deterioro de la formación en general, y de la formación MIR tan observada de cerca por proximidad, la publicación del RD 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, nos generó gran inquietud. Esa "nueva figura" para la formación de especialidades multidisciplinares nos alertó de un peligro inminente para la formación de matronas. Es cierto que nunca entendió el ministerio la necesidad de la carga de formación teórica de las matronas, estipulada en nuestro nuevo programa formativo (26% de 3.600 h) según la Orden SAS 1349/2009, algo que con sentido han defendido, y seguimos defendiendo, quienes tenemos participación en la Comisión Nacional de la Especialidad.

Inevitablemente me vienen los recuerdos de las denuncias de EIR de las primeras Unidades Docentes (UDD) Multiprofesionales en relación a la formación teórica, comparándola con el modelo formativo inicial que cumplía con los requisitos que aseguraban el desarrollo del programa teórico previsto en el ordenamiento; dicho de otra forma, se estaba produciendo una diferencia sustancial en la for-

mación que recibían los residentes de una UDD a la que recibían en la mayoría de las nuevas Unidades Multiprofesionales.

La teoría "edulcorada" que se expresa en el RD 183/2008 solo tiene de cierto que distintas titulaciones universitarias con campos asistenciales afines, véase obstetras y matronas, están autorizadas para "formarse" en la misma unidad docente. Sin embargo, eso ya era una realidad con el modelo inicial de UDD de Matronas. Compartir espacios y recursos, formarse conjuntamente en aspectos transversales, puede ser factible y económico, pero cuando menos es cuestionable un planteamiento de una formación tan "light y autodidacta" como se preconiza sobre el papel en el Decreto mencionado.

Los objetivos formativos del programa MIR y EIR coinciden en la adquisición de pocas competencias clínicas comunes, más allá de la atención al parto normal y menos aún en el aprendizaje teórico.

Otra cosa sería si pudiéramos ver la realidad de todas y cada una de las Unidades Multiprofesionales en funcionamiento, auguro que cabrían muchas posibilidades de que se confirmaran los peores presagios en algunos casos. Permítanme que dude que esta "novedad" sea ventajosa para el futuro profesional, para la sociedad que le requiera y para la rentabilidad del sistema que le forma.

Sabemos que las administraciones, grandes derrochadoras en tantas cosas, siempre quieren ahorrar, el problema es que lo hagan en "el chocolate del loro", esto es, que economícen en cosas nimias, de poca importancia, y se olviden de atacar los grandes y necesarios gastos que generan ellas mismas. Y aquí, desgraciadamente, el chocolate que se "niega al loro" son las horas de docencia reglada y la tutoría efectiva y directamente interesada para las UDD de Matronas.

La justificación que precede a la formación MIR es "aprender haciendo" que, *a priori*, puede tener cierta razón si la tutela de ese "aprender haciendo" fuera real, pero ya conocemos muy bien la soledad de los residentes durante gran parte de cada guardia sin que su tutor les guíe. Además, dando por hecho que el conocimiento teórico de los procesos los conoce desde su formación en medicina. Esto no sucede en la formación de matrona. Los conocimientos teóricos en relación a la salud sexual y reproductiva que necesita una matrona de ninguna manera son suficientes con lo aprendido en la formación base, como pudiera serlo en la formación médica (extremo que también lo pongo en duda). Con ello,

puede que las/los EIR aprendan mucho en la clínica pero desconocerán buena parte de los fundamentos teóricos de la misma. Tal y como sucede con viejos programas de las antiguas escuelas de matronas, en las aprendían a ejecutar muy bien su trabajo y con tiempo de práctica se convertían en verdaderas maestras, pero, en algunos casos, con verdaderas lagunas de conocimiento teórico del porqué de las cosas, ya que, para más desgracia, los profesores médicos, y a su libre albedrío, "racionaban" el conocimiento teórico que debían tener las matronas. Sabían hacerlo muy bien, pero sin suficiente fundamento.

La Especialidad de Enfermería obstétrico-ginecológica no es como todas las demás por varias razones:

Los créditos teóricos exigidos no se pueden alcanzar con sus puestos métodos modernos de aprendizaje porque esta formación necesita más presencialidad y menos autodidáctica.

Es la única especialidad de enfermería cuya titulación no se puede obtener por vía extraordinaria, solo por vía acceso EIR.

Paradójicamente es la única especialidad que en la realidad regula otra profesión distinta en el ámbito europeo.

Por último, con el modelo de UDDM se pierde parte del control de las mismas por matronas, puesto que la presidencia de la Comisión de docencia la ostenta un ginecólogo y no siempre existe la subcomisión de matronas.

¿Cómo se entendería que el cuerpo docente de los aparejadores fuera controlado por los arquitectos? Tiene afinidades,

truncalidad... pero son dos profesiones distintas y cada una debe tener su propio cuerpo docente y dirección/control en el desarrollo de sus programas formativos.

Son una realidad los resultados de la mala calidad del sistema educativo español, desde la educación primaria pasando por la secundaria, y no menos vergonzoso asumir que la educación universitaria de España no tiene un problema con el número de estudiantes, sino con la calidad educativa, como afirma en su informe el WORLD ECONOMIC FORUM, por mencionar un estudio reciente y de peso.

Si muchas profesionales hoy estamos preocupadas por la formación de matronas que irremisiblemente está virando en su totalidad a hacerlo en Unidades Docentes Multiprofesionales, es porque nos inquieta el futuro de la profesión. Los profesionales que hoy se forman son el futuro del país, y este en gran parte dependerá de la formación que estos reciban.

Necesitamos matronas, sí, es cierto, pero con sólida formación que les permita desempeñar plenamente, con seguridad y acierto, todas las competencias propias y que sigan siendo un referente profesional en el organigrama sanitario.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de Matronas hoy

Perfiles hormonales esteroideos a partir de la semana 12 de gestación y el desarrollo de un modelo matemático para la predicción de la semana de parto

¹ Silvia Alonso Marín
² Sara Cáceres Ramos
³ Daniel Vélez Serrano
⁴ Luis Sanz San Miguel
⁵ Gema Silván Granado
⁵ María José Illera del Portal
⁵ Juan Carlos Illera del Portal

¹ *Matrona. Doctora. Atención Primaria OSI Uribe. Osakidetza. Vizcaya.*

² *Profesor ayudante doctor. Departamento de fisiología. Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense de Madrid.*

³ *Profesor ayudante doctor. Departamento de estadística e investigación operativa. Universidad Complutense de Madrid.*

⁴ *Profesor asociado. Departamento de estadística e investigación operativa. Universidad Complutense de Madrid.*

⁵ *Catedrática/o del departamento de fisiología. Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense de Madrid.*

E-mail: silvalon@ucm.es

Fecha de recepción: 19 de enero de 2022.

Fecha de aceptación: 08 de febrero de 2022.

Cómo citar este artículo:

Alonso Marín S, Cáceres Ramos S, Vélez Serrano D, Sanz San Miguel L, Silván Granado G, Illera del Portal MJ, Illera del Portal JC. Perfiles hormonales esteroideos a partir de la semana 12 de gestación y el desarrollo de un modelo matemático para la predicción de la semana de parto. *Matronas Hoy* 2022; 10(1):6-13.

Resumen

Introducción: la correcta interacción de las hormonas sexuales y los glucocorticoides durante la gestación resulta determinante para el adecuado desarrollo fetal, el inicio de los mecanismos del parto, así como la preparación para la vida extrauterina. Muchos estudios se han centrado en los mecanismos hormonales del parto; sin embargo, la predicción de la fecha de parto sigue siendo un reto por resolver.

Objetivos: el establecimiento de patrones hormonales mediante la medición de sulfato de estrona, estriol, progesterona y cortisol durante el segundo y tercer trimestre de gestación, con el fin de desarrollar un modelo matemático para la predicción del inicio de parto a partir de la semana 37 de gestación.

Metodología: se analizaron los niveles de sulfato de estrona, estriol, progesterona y cortisol en muestras de saliva de 106 mujeres, recogidas desde la semana 12 de gestación hasta la semana de parto mediante la técnica de enzimo-inmuno análisis (EIA). Sobre los niveles hormonales obtenidos se aplicó un modelo predictivo tipo *random forest* que permite predecir la semana de parto.

Resultados: durante el segundo trimestre destacan las elevaciones de las hormonas estudiadas en las semanas 16,18 y 23. En cuanto al tercer trimestre, todas las hormonas se incrementaron. Estos análisis permitieron desarrollar un modelo predictivo tipo *random forest* que, aplicado a los resultados obtenidos desde la semana 34, permite predecir si la mujer va a dar a luz en la semana siguiente a la última muestra de saliva a partir de la semana 37, con una exactitud del 79,83%.

Conclusiones: las elevaciones hormonales del segundo trimestre parecen estar relacionadas con hitos importantes del desarrollo fetal. Los análisis hormonales en el tercer trimestre permiten determinar una fecha de parto aproximada mediante el modelo matemático desarrollado.

Palabras clave: hormonas esteroideas; predicción de parto; modelo matemático; gestación.

Abstract

Steroid hormone profiles as of week 12 of pregnancy, and the development of a mathematical model to predict the week of delivery

Introduction: the correct interaction between sex hormones and glucocorticoids during pregnancy is determining for an adequate foetal development, the initiation of labor mechanisms, as well as preparation for extrauterine life. Many studies have focused on the hormonal mechanisms of labor; however, the prediction of the delivery date remains an unsolved challenge.

Objective: determining hormone patterns through measurement of estrone sulphate, estriol, progesterone and cortisol during the second and third trimesters of pregnancy, in order to develop a mathematical model for the prediction of the start of labor as of Week 37 of pregnancy.

Methodology: the levels of estrone sulphate, estriol, progesterone and cortisol were analysed in saliva samples from 106 women collected from Week 12 of pregnancy until the week of delivery through the enzyme immunoassay (EIA) technique. A predictive random forest-type model was applied on the hormone levels obtained, which allows to predict the week of delivery.

Results: during the second trimester, the elevation of the hormones studied stood out during the weeks 16,18 and 23. Regarding the third trimester, all hormones increased. These analyses allowed to develop a random forest-type predictive model which, applied to the results obtained from Week 34, allowed to predict whether the woman would give birth on the week following the last saliva sample as of Week 37, with a 79.83% accuracy.

Conclusions: the hormone elevations of the second trimester seem to be associated with important milestones in foetal development. Hormone analyses in the third trimester allow to determine an approximate date of delivery through the mathematical model developed.

Key words: steroid hormones; labor prediction; mathematical model; pregnancy.

Introducción

Uno de los principales retos de la obstetricia actualmente es conocer en profundidad los procesos fisiológicos relacionados con el desarrollo fetal, así como los mecanismos implicados en el inicio del parto. Estos últimos dependen principalmente de la interacción de factores hormonales, donde el sistema endocrino materno-fetal tiene un papel crucial para la evolución de la gestación, así como en la preparación del feto para la vida extrauterina¹.

La placenta, así como las glándulas adrenales fetales, son los órganos encargados de la síntesis de grandes cantidades de hormonas sexuales y glucocorticoides durante la gestación². La placenta, a su vez, modula la regulación de distintos factores mediante mecanismos de retroalimentación y la interacción de todos estos componentes promoviendo diferentes respuestas celulares y fisiológicas para el correcto desarrollo fetal¹.

La mayoría de los estrógenos (como el estriol (E3)), y los progestágenos (como la progesterona (P4)) son sintetizados en la placenta a partir de precursores producidos en las glándulas adrenales fetales². Los estrógenos, a su vez, son sulfatados o inactivados en el hígado fetal para proteger al feto del exceso de estrógenos³.

La P4 y los estrógenos aumentan de forma progresiva a lo largo de la gestación, siendo P4 la encargada del mantenimiento de la gestación^{1,4}. Por otro lado, estrógenos como el E3 destaca por ser dominante durante la gestación y servir como indicador de la unidad feto-placentaria, ya que su producción depende de la capacidad de síntesis del feto y la placenta conjuntamente⁵. Otro estrógeno que cobra importancia en la gestación es el sulfato de estrona (SO4E1), que sirve como reserva para la formación periférica de formas estrogénicas bioactivas⁶.

Al final de la gestación, los estrógenos promueven el crecimiento uterino, incrementan la expresión de receptores de oxitocina en el endometrio, así como la síntesis de prostaglandinas y producción hepática de proteínas, resultando estos esenciales para el parto⁷.

También es importante resaltar las funciones del cortisol (C) durante la gestación. Este glucocorticoide está implicado en el mantenimiento de la homeostasis, la respuesta al estrés, así como estimular la síntesis de surfactante imprescindible para la maduración pulmonar⁸. El C también está directamente relacionado con la síntesis placentaria de estrógenos imprescindibles durante la gestación⁸.

A pesar de los avances actuales, los procesos hormonales relacionados con el inicio del parto siguen siendo complejos y desconocidos. La adecuada interacción biomolecular, inmunológica y endocrina entre madre, placenta y feto resulta imprescindible para el mantenimiento de la gestación y los procesos del parto⁹.

Objetivos

El objetivo del presente estudio fue analizar los niveles de P4, C, E3 y SO4E1 en muestras de saliva desde la semana 12 de gestación hasta la semana de parto, con el fin de establecer los valores de normalidad que sirvan como indicador de bienestar fetal. Por otro lado, los análisis hormonales en el segundo y tercer trimestre permiten desarrollar un modelo matemático de predicción de la probabilidad de parto.

Método

El estudio se realizó en colaboración con la consulta de obstetricia del Hospital Nuevo Belén, parte del grupo hospitalario Hospitales Madrid. Se reclutaron 159 mujeres embarazadas sanas desde la semana 12 de gestación, con un porcentaje de abandono del 33%, resultando en un total de 106 mujeres. Los criterios de exclusión fueron: enfermedad renal, enfermedad tiroidea, cáncer, enfermedad autoinmune, diabetes pregestacional, sobrepeso, obesidad, *fecundación in vitro* con tratamiento de heparina, y actual tratamiento con esteroides. Se pidió a las participantes la recogida de una muestra de saliva semanal desde la semana 12 de gestación hasta la semana de parto. La muestra fue recogida mediante un dispositivo Salivette® entre las 9:00 h y las 11:00 h de la mañana.

Las mujeres firmaron un consentimiento informado a la recogida semanal de saliva como parte del estudio FISMATOR aprobado por el Comité Ético de investigaciones clínicas HM Hospitales, con el código CEIm HM hospitales: 16.06.0960-GHM, de acuerdo con la Asociación Médica Mundial (WMA) y la Declaración de Helsinki.

El análisis hormonal se llevó a cabo mediante técnicas de enzimo-inmuno análisis (EIA) de competición para la determinación de C, P4 y SO4E1. Para la determinación de E3 se utilizó una técnica de EIA de amplificación.

Las técnicas y los anticuerpos empleados se han desarrollado y validado en el laboratorio de Endocrinología de la Sección Departamental de Fisiología, de la Facultad de Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Para el análisis estadístico se contó con la ayuda de la unidad de apoyo a la investigación del centro de cálculo de la UCM. Se utilizó el programa estadístico SAS 9.4 con los que se efectuó un análisis estadístico descriptivo.

También se hicieron la prueba de suma de Rangos de Wilcoxon y análisis de la varianza (ANOVA) para comparar la evolución de las concentraciones de las cuatro hormonas analizadas durante las semanas de estudio. Además, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para estimar las correlaciones entre las distintas hormonas estudiadas.

El desarrollo del modelo matemático de predicción ha sido basado en un conjunto de algoritmos y procedimientos ma-

temáticos que describen, las relaciones entre los distintos valores hormonales por semana y la fecha de parto. Para ello, se contó con la colaboración del Departamento de Estadística e Investigación operativa de la Facultad de Ciencias Matemáticas de la UCM.

Resultados y discusión

Es fundamental comprender las interacciones de los factores hormonales que se manifiestan durante el segundo y tercer trimestre de gestación. Algunos autores han sugerido la necesidad de realizar estudios longitudinales para explicar los acontecimientos hormonales de la fisiología materna y su implicación en los procesos del parto¹⁰.

Por ello, este estudio se centra en determinar los niveles de concentraciones hormonales de P4, E3, S04E1 y C en el segundo y tercer trimestre de gestación.

Durante el segundo trimestre de gestación, los resultados revelan unas elevaciones significativas en las concentraciones de C en las semanas 16, 18 y 23, manteniéndose los niveles

constantes hasta la semana 36. A partir de la semana 37, en el tercer trimestre de gestación, las concentraciones se elevan exponencialmente hasta obtener el valor máximo en la semana de parto (Gráfico 1).

Definir el momento exacto durante la gestación en el que la corteza suprarrenal fetal comienza a funcionar, así como su mecanismo, es complejo¹¹. El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) es parte esencial del sistema neuroendocrino contribuyendo a la regulación de la homeostasis y la respuesta al estrés, así como la modulación de funciones cardiovasculares, reproductivas y metabólicas¹². Howland et al.¹³ sugirieron que el eje HHA fetal funciona de forma autónoma alrededor de la mitad de la gestación, alcanzando el desarrollo completo a los 2 años de edad. No obstante, algunos autores han afirmado que su funcionamiento empieza a partir de la octava semana de gestación¹⁴.

Según los presentes resultados, el aumento de C encontrado durante la semana 18 de gestación puede correlacionarse con la función autónoma de la glándula suprarrenal. Sin embargo, otros autores afirman que la síntesis de C de novo

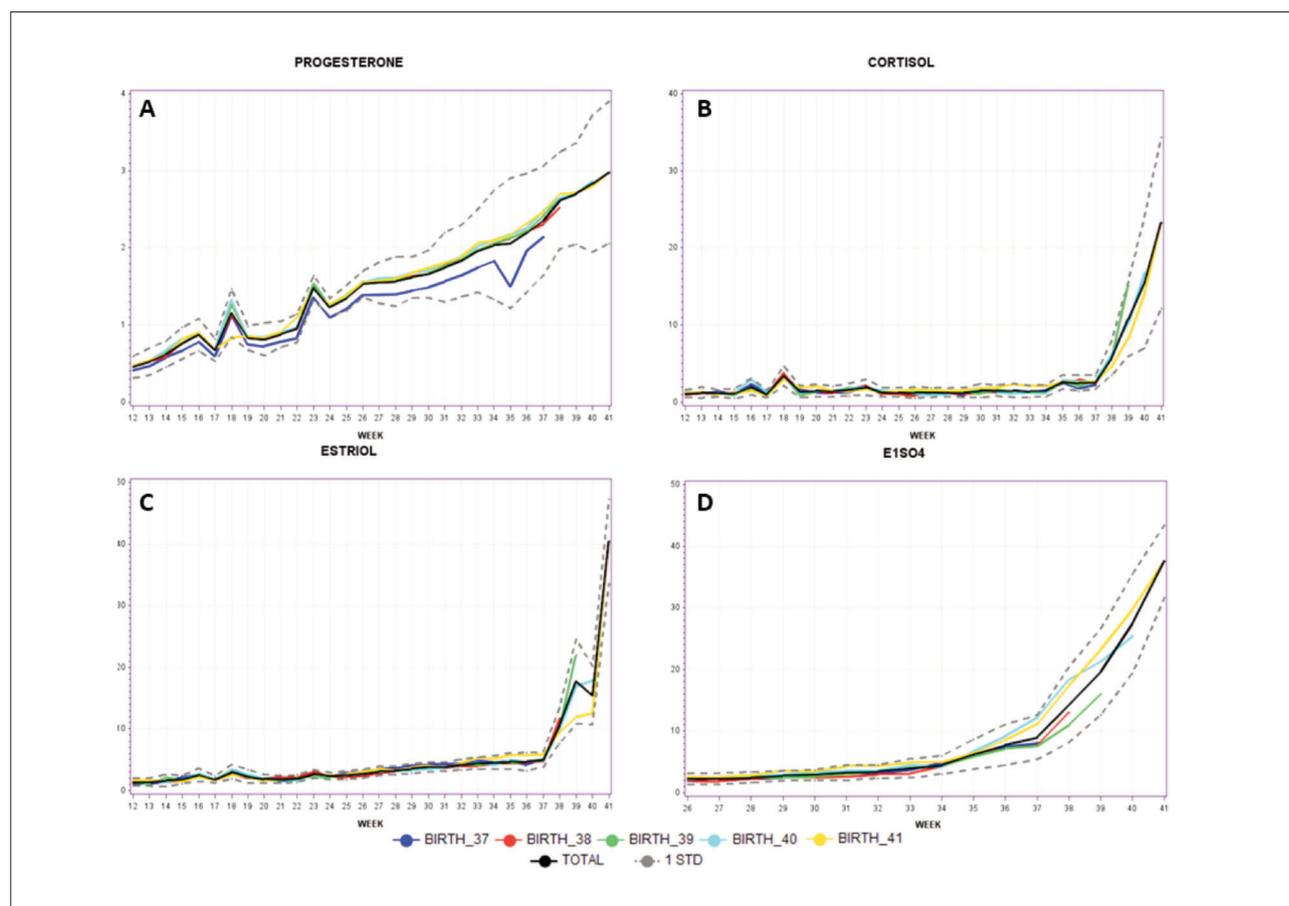


Gráfico 1. Concentraciones medias de progesterona (A), cortisol (B), estriol (C) y sulfato de estrona (D) desde la semana 12 de gestación hasta la semana de parto. Valores correspondientes a cada grupo de mujeres, diferenciados en función de la semana de parto

comienza en la zona definitiva de la glándula suprarrenal en la semana 23 de gestación¹⁵.

Los niveles de C también se han asociado con el peso al nacer¹⁶ o incluso con el peso de los niños (de 2 a 16 años)¹⁷. Algunos autores determinan que los niveles más altos de C durante el embarazo pueden ser un factor de riesgo para el bajo peso al nacer¹⁶, otros autores sugirieron que los niveles más altos de C están asociados con el sobrepeso de los niños¹⁷.

Los movimientos fetales se consideran un signo de madurez del sistema neurológico y del bienestar del feto¹⁸. La percepción de la madre de estos movimientos comienza entre las semanas 16 y 20 del embarazo¹⁹. Ya en la semana 24, el feto es capaz de integrar los estímulos exteroceptivos e interoceptivos, como sentimientos, recuerdos y emociones^{20,21}, pudiendo, en esta etapa, integrar información sensorial externa y desarrollar una respuesta fisiológica y conductual²¹. En la semana 16, el feto también puede moverse de manera coordinada. Estos movimientos pueden ser percibidos por la madre y detectados por técnicas de ultrasonido²¹. El aumento en la intensidad de estos movimientos se ha asociado con niveles más altos de C²², lo cual puede estar relacionado con el aumento en los niveles de C encontrados en los resultados de este estudio en la semana 16.

Además, durante estas semanas comienza el desarrollo de la capacidad sensoriomotora del feto. Alrededor de la semana 16, el feto desarrolla una actividad motora espontánea durante el sueño activo²³ y las reacciones nociceptivas pueden registrarse a partir de la semana 20²⁴. Alrededor de las 22-23 semanas de gestación, el feto desarrolla la capacidad de detectar y memorizar las consecuencias de la actividad espontánea como movimientos del brazo hacia la boca y los párpados²³.

El incremento de C conduce a una mayor secreción de estrógenos y P4²⁵. Por ello, en relación con los valores de E3 se observa que, al igual que con el C, existe un incremento significativo en las semanas 16, 18 y 23. Además, durante el tercer trimestre los niveles de E3 aumentan a medida que transcurre la gestación alcanzando niveles máximos en la semana de parto (Gráfico 1B,1C).

Los resultados de esta investigación concuerdan con los de otros autores que explican que el aumento de E3 al final de la gestación incrementa la expresión de la enzima 11BHSO encargada de metabolizar el C materno en cortisona inactiva. Esta cortisona estimula el eje HHA fetal aumentando al producción de C y DHEA-S, que a su vez incrementara el E3, necesaria para el inicio de los mecanismos del parto²⁶. Además, estimula la expresión de receptores de oxitocina²⁶.

Con respecto a los niveles de SO4E1, se aprecia un patrón parecido al E3, destacando ser la primera hormona que comienza a elevarse de forma significativa alrededor de la semana 35 (Gráfico 1D) hasta alcanzar la máxima concentración en la semana de parto.

Este incremento parece indicar que los niveles de esta hormona son de gran importancia para el mantenimiento del embarazo y el inicio de los procesos del parto. Además, algunos autores han propuesto que la sulfatación de estrógenos está relacionada con la prolongación del embarazo, ya que parece evitar la actividad estrogénica de E1^{27,28}.

Por otro lado, se observa que durante el segundo trimestre de gestación, los niveles de P4 se incrementan de forma gradual, destacando cuatro elevaciones estadísticamente significativas en las semanas 16, 18 y 23, mientras que en el tercer trimestre de gestación se observa cómo las concentraciones de P4 siguen aumentando a medida que transcurren las semanas hasta alcanzar la máxima concentración en la semana de parto (Gráfico 1A).

A lo largo de la gestación, la P4 inhibe la hormona liberadora de corticotropina (CRH) placentaria, produciendo un bloqueo sobre los receptores de oxitocina y la acción de la prostaglandinas (PG)²⁹.

Al final de la gestación, debido al aumento de la tensión uterina, se produce una alteración en la acción de sus receptores dando lugar a un desbloqueo progesterónico sobre la actividad uterina: desbloqueando los receptores de oxitocina e incrementando la síntesis de PG, activando así los mecanismos de contractilidad del parto y maduración cervical³⁰⁻³².

Al igual que lo descrito por otros autores se produce un incremento del ratio estrógenos/P4 al final de la gestación, que conduce a un aumento en la síntesis de PG relacionado con el inicio del parto³³ (Figura 1).

Otra de las aportaciones de este estudio es la incorporación del análisis de estas hormonas en muestras de saliva, un método no invasivo para medir el buen funcionamiento del desarrollo de la unidad fetal. La técnica utilizada en esta investigación, desarrollada por Illera et al., 2014⁴⁰, resultó ser muy sensible y precisa. Por ello, el análisis de estas hormonas en muestras de saliva resulta un útil método diagnóstico no invasivo donde la recolección de la muestra no causa estrés y no requiere capacitación del personal de salud.

Modelización matemática para la predicción del inicio del parto

Aparte del análisis estadístico se ha desarrollado un novedoso modelo matemático con el que se puede predecir el inicio del parto, a partir de la semana 37, en la semana siguiente a la última muestra de saliva con la medición hormonal de muestras de saliva desde la semana 34.

Procesos de la construcción el modelo

Primero se procedió a la agrupación de los datos donde se recogió el porcentaje de mujeres que parieron por semanas

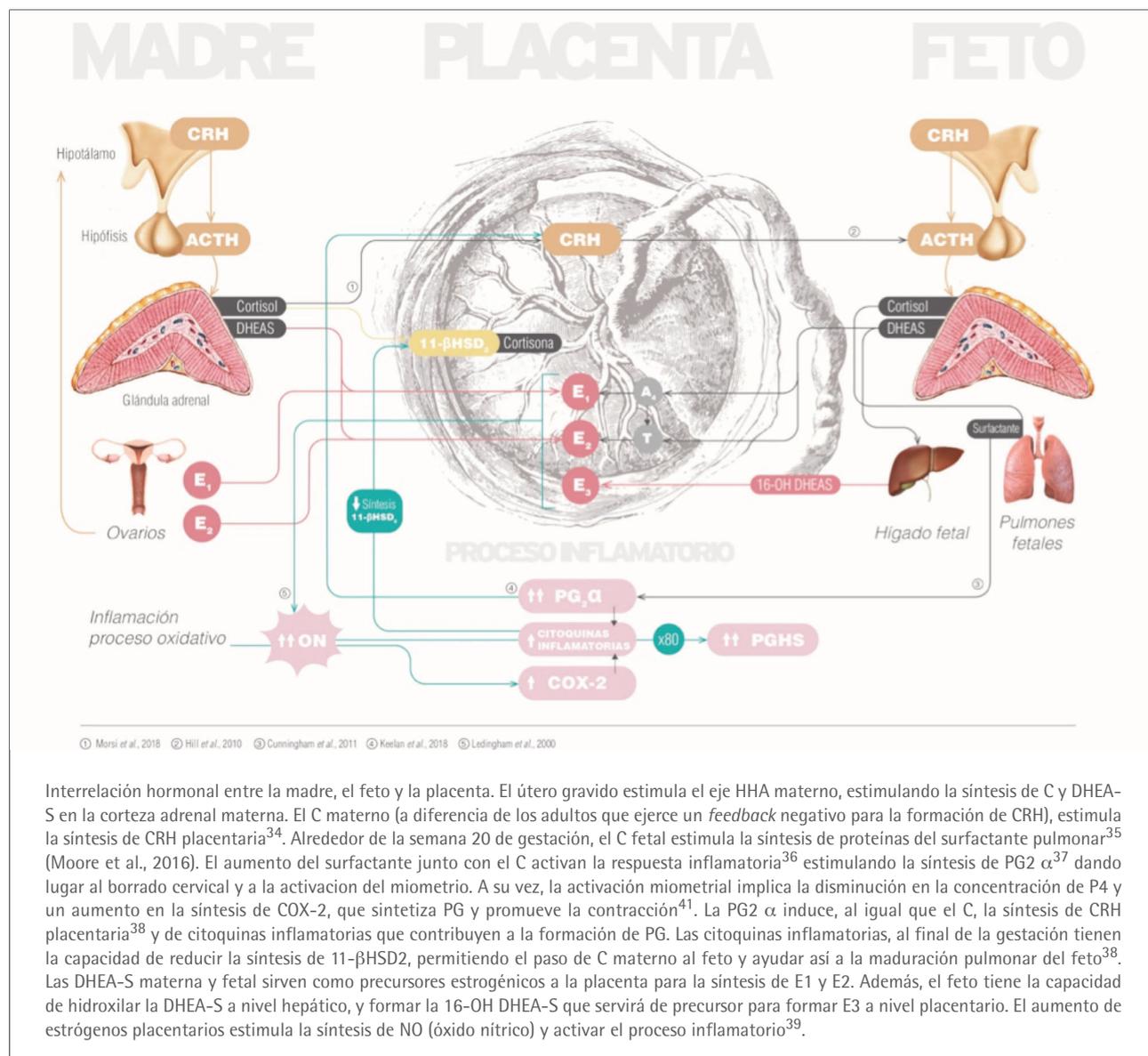


Figura 1. Interrelación hormonal entre la madre, la placenta y el feto

(Tabla 1). A partir de estos datos se definió una variable binaria para cada M (mujer), S (semana) que identifica si la mujer da a luz (1) o no (0) en la semana S (semana) siendo esta variable que se pretende predecir. La tabla resultante dispone de un total de 292 datos distribuidos en 202 casos con objetivo 0 y 90 con objetivo 1 (Tabla 2).

Por otro lado se definieron las variables explicativas (inputs) que fueron utilizadas para realizar la predicción, siendo W la semana en la que se evalúa el objetivo:

- VARIABLE_WEEK_1: mide el valor del indicador en la semana anterior a W.

- VARIABLE_FORTNIGHT_1: es la media de los dos valores del indicador registrados en las dos semanas anteriores a W.
- VARIABLE_MONTH_1: mide las medias de los valores del indicador el mes anterior a W.
- VARIABLE_VAR_WEEK: refleja la variación porcentual del indicador las dos semanas anteriores a W.
- VARIABLE_VAR_FORTNIGHT: presenta la variación porcentual del indicador entre las dos quincenas anteriores a W.

Finalmente se contemplaron dos variables explicativas EDAD Y PRIMIPARA (variable binaria que identifica si es la primera

Tabla 1. Agrupación de los datos disponibles

Semana	Partos	%
37	16	15,1%
38	30	28,3%
39	24	22,6%
40	20	18,9%
41	16	15,1%
	106	100%

vez que la mujer pare o no), resultando un total de 22 variables explicativas.

Para buscar la capacidad de generalización del modelo se separó en dos muestras el conjunto de datos:

- La muestra de aprendizaje que sirvió para construir el modelo analítico.
- La muestra de test que sirvió para comprobar que el modelo tenía capacidad predictiva.

El porcentaje de registros reservados para cada conjunto fue de 2/3 y 1/3 respectivamente, teniendo en cuenta que las pacientes registradas en una y otra tabla fueron excluyentes. De las 106 mujeres disponibles, 71 fueron asignadas a la tabla aprendizaje y 35 a la tabla de test.

Se ajustó un modelo de tipo *random forest*, pues a pesar de ser más complejo de interpretar, se trata de un modelo más competitivo desde el punto de vista predictivo⁴¹.

El modelo se implementó utilizando la herramienta Enterprise Miner del software SAS, que invoca internamente el procedimiento HPFOREST para ajustar el modelo.

Las métricas contempladas para evaluar la calidad del mismo fueron:

- Tasa de aciertos: definida como el cociente entre el número de casos (partos y no partos) en los que el modelo acierta entre el número de casos totales.
- Precisión en no partos: que refleja el porcentaje de veces que el modelo predice que no habrá partos y acierta.
- Precisión en partos: que refleja el porcentaje de veces que el modelo predice que habrá partos y acierta.

El resultado que proporcionaron dichas métricas sobre la tabla de test fueron respectivamente 79,38%, 70,83% y 82,19%.

El conocimiento de la semana del parto espontáneo con una semana de anticipación tiene múltiples beneficios tanto para

Tabla 2. Definición de la variable a predecir

Objetivo		S: Semana parto				
		37	38	39	40	Total
M	0	90	60	36	16	202
	1	16	30	24	20	90
Total		106	90	60	36	292

la mujer embarazada como para el personal sanitario, y puede ser de gran utilidad para reducir el número de inducciones al parto por gestación prolongada. El desarrollo de un modelo matemático con un valor predictivo positivo de 70,83%, así como un valor predictivo negativo de 82,19%, es capaz de relacionar las variaciones de las hormonas estudiadas de tan solo cuatro muestras de saliva recolectadas de la semana 34 y predecir el inicio del parto. Por lo tanto, este modelo es un novedoso y gran avance en el campo de la obstetricia.

La aplicación del modelo estadístico desarrollado en mujeres gestantes de bajo riesgo, de forma rutinaria a partir de la semana 34, puede contribuir a mejorar la asignación de recursos sanitarios en función del número de partos esperados. Es conocido que la adecuada asignación de matronas en función a la carga asistencial esperada (número de partos) se asocia con una disminución de la tasa de cesáreas⁴².

Además, su uso de forma rutinaria ayudaría a reducir las inducciones al parto por gestación prolongada, así como sus complicaciones asociadas, ya que se podría predecir si el parto comenzará a la semana siguiente a la aplicación del modelo estadístico.

Por ejemplo, si se conoce que una mujer en la semana 40 o 41 va a dar a luz se evitarían muchas intervenciones innecesarias reduciendo riesgos secundarios como la hemorragia postparto, rotura uterina⁴³, partos instrumentales, cesáreas y uso de anestesia epidural^{44,45}, entre otros.

Para futuras investigaciones, entre otros aspectos, la inclusión de criterios como el índice de masa corporal pregestacional, partos prematuro previo o antecedentes de medicación con progesterona, podrían mejorar los resultados de futuros estudios basados en modelización matemática⁴⁶.

Conclusión

Durante el segundo trimestre existen elevaciones de cortisol, estriol, sulfato de estrona y progesterona, en las semanas 16, 18 y 23 de gestación, y su determinación en saliva pueden

ayudar a la valoración del buen desarrollo fetal. Estas mediciones pueden servir como apoyo a las pruebas del seguimiento del embarazo realizadas hasta ahora.

Además, durante el tercer trimestre existe un aumento gradual y al final exponencial de cortisol, estriol, sulfato de estrona y progesterona, este aumento va a preparar al feto y a la madre para el inicio del parto. El aumento del sulfato de estrona en la semana 35 a va a determinar las subidas de las demás hormonas estudiadas, por lo que es muy importante la medición de esta hormona durante el tercer trimestre de la gestación, para tener un mejor conocimiento del inicio de los procesos del parto.

Por último, el desarrollo de un modelo matemático predictivo de la fecha de parto, en mujeres gestantes de bajo riesgo basado en los niveles de P4, SO4E1, E3 y C salivares desde la semana 34, es un método novedoso que puede mejorar la gestión de recursos en unidades de maternidad en función de los partos esperados, así como la reducción del número de inducciones al parto por gestación prolongada.

Por lo tanto, la inclusión del análisis hormonal y los modelos matemáticos en el seguimiento de la gestación puede contribuir a la mejora de la supervivencia fetal, así como en la predicción de la fecha de parto.

Fortalezas y debilidades

Las fortalezas de este estudio incluyeron la comparación de las cuatro hormonas simultáneamente durante el mismo periodo gestacional y su análisis en saliva. Sin embargo, se han observado varias limitaciones. En primer lugar, fue el reclutamiento de participantes, así como la significativa tasa de abandono. En segundo lugar, otra limitación encontrada fue la falta de continuidad en la recolección semanal de muestras por parte de los participantes debido al olvido.

Agradecimientos

A todas las mujeres que desinteresadamente colaboraron para que este trabajo pudiera desarrollarse, y a Guillermo de Agustín Calpena, diseñador gráfico que nos ha ayudado con entusiasmo y acierto a dar visualidad gráfica a nuestra investigación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de interés

Ninguno.

Bibliografía

1. Morel Y, Roucher F, Plotton I, Goursaud C, Tardy V, Mallet D. Evolution of steroids during pregnancy: Maternal, placental and fetal synthesis. *Annales D'Endocrinologie*. 2016; 77:82-9.
2. Johnston ZC, Bellingham M, Filis P, Soffientini U, Hough D, Battacharya MS, et al. The human fetal adrenal produces cortisol but not detectable aldosterone throughout the second trimester. *BMC Med*. 2018; 16:23.
3. Miranda A, Sousa N. Maternal hormonal milieu influence on fetal brain development. *Brain Behav*. 2018; 8:e00920.
4. Pařízek A, Koucký M, Dušková M. Progesterone, inflammation and preterm labor. *J Steroid Biochem. Mol. Biol*. 2014; 139:159-65.
5. Falah N, Torday J, Quinney SK, Hass DM. Estriol review clinical application and potential biomedical importance. *Clin Res Trials*. 2015; 1:29-33.
6. Vrachnis N, Malamas FM, Sifakis S, Tsikouras P, Iliodromiti Z. Immune aspects and myometrial actions of progesterone and CRH in labour. *Clin. Dev. Immunol*. 2012; 937618.
7. Morel Y, Roucher F, Plotton I, Goursaud C, Tardy V, Mallet D. Evolution of steroids during pregnancy: maternal, placental and fetal synthesis. *Annales d Endocrinologie* 2016; 77:82-9.
8. Geyer J, Bakhaus K, Bernhardt R, Blaschka C, Dezhkam Y, Fietz D, et al. The role of sulfated steroid hormones in reproductive processes. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2017; 172:207-21.
9. Keelan J. Intrauterine inflammatory activation, functional progesterone withdrawal, and the timing of term and preterm birth. *J. Reprod. Immunol*, 2018; 125:89-99.
10. Walsh K, McCormack CA, Webster R, Pinto A, Lee S, Feng T, Krakovsky S, et al. Maternal prenatal stress phenotypes associate with fetal neurodevelopment and birth outcomes. *PNAS*. 2019; 116(48):23996-4005.
11. Xing Y, Lerario AM, Rainey W, Hammer GD. Development of adrenal cortex zonation. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015; 44(2):243-74.
12. Groeneweg FL, Karst H, de Kloet ER, Joels M. Rapid non genomic effects of corticosteroids and their role in the central stress response. *J Endocrinol* 2011; 209:153-67.
13. Howland MA, Sandman CA, Glynn LM. Developmental origins of the human hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2017; 12(5):312-39.
14. Johnston ZC, Bellingham M, Filis P, Soffientini U, Hough D, Battacharya MS, et al. The human fetal adrenal produces cortisol but not detectable aldosterone throughout the second trimester. *BMC Med*. 2018; 16:23.
15. Narasaka T, Suzuki T, Moriya T, Sasano H. Temporal and spatial distribution of corticosteroidogenic enzymes immunoreactivity in developing human adrenal. *Mol Cell Endocrinol*. 2001; 174:111-20.

16. Bolten MI, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papoušek M, Pirke KM, Hellhammer D. Cortisol levels in pregnancy as a psychological predictor for birth weight. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14:33-41.
17. Hohwü L, Henriksen TB, Grønberg TK, Hedegaard M, Sørensen TLA, Obel C. Maternal salivary cortisol levels during pregnancy are positively associated with overweight children. *Psychoneuroendocrinol*. 2015; 83:143-52.
18. Gran-Beuttler M, Glynn LM, Salisbury AL, Davis EP, Holliday C, Sandman CA. Development of fetal movement between 26 and 36-weeks gestation in response to vibro-acoustic stimulation. *Front Psychol*. 2017; 2:350.
19. Akkaya H, Büke B. A frequently asked question: Is it normal not to feel my baby movements yet? *J Chin Mec Assoc*. 2018; 81:742-6.
20. Torres Martí JM, Melero López A, López González MA. Consideraciones generales y concepto de edad perinatal. El feto en los distintos meses del embarazo. *Tratado de ginecología y obstetricia*. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Paramericana; 2015.
21. Moore KL. Periodo fetal: desde la novena semana hasta el nacimiento. *Embriología clínica*. 10ª ed. Madrid: Elsevier España; 2016.
22. Di Pietro J, Kivlighan KT, Laudenslager ML, Costigan KA. Fetal motor activity and maternal cortisol. *Dev Psychobiol*. 2009; 51:505-12.
23. Fagard J, Esseily R, Jacquey L, O'Regan K, Somogyi E. Fetal origin of sensorimotor behavior. *Front Neurobot*. 2018; 12:23.
24. Bellieni C. New insights into fetal pain. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019; 24(4):101100.
25. Li XQ, Zhu P, Myatt L, Sun K. Roles of glucocorticoids in human parturition: a controversial fact? *Placenta* 2014; 35:291-6.
26. Kaludjerovic J, Ward WE. The interplay between estrogen and fetal adrenal cortex. *J Nutr Metab*; 2012: 837901.
27. Geyer J, Bakhaus K, Bernhardt R, Blaschka C, Dezhkam Y, Fietz D, et al. The role of sulfated steroid hormones in reproductive processes. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2017; 172:207-21.
28. Gibson DA, Foster PA, Simitsidellis I, Critchley H, Kelepouri O, Collins F, Saunders P. Sulfation pathways: A role for steroid sulphatase in intracrine regulation of endometrial decidualisation. *J Molec Endocrinol*; 2018, 61(2):57-65.
29. Vrachnis N, Malamas FM, Sifakis S, Tsikouras P, Iliodromiti Z. Immune aspects and myometrial actions of progesterone and CRH in labour. *Clin Dev Immunol*; 2012, 2012:937618. Doi: <http://doi.org/10.1155/2012/937618>
30. Condon JC, Hardy DB, Kovaric K, Mendelson CR. Upregulation of the progesterone receptor(PR)-C isoform in laboring myometrium by activation of nuclear factor-kappaB may contribute to the onset of labor through inhibition of PR function. *Mol Endocrinol* 2006, 20:764-75.
31. Cunningham F, Kenneth JL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetricia*. 23ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, S.A; 2011.
32. Menon R. Human fetal membranes at term: dead tissue or signalers of parturition? *Placenta*; 2016, 44:1-5.
33. Golightly E, Jabbour HN, Norman JE. Endocrine immune interactions in human parturition. *Mol Cell Endocrinol*. 2011; 335:52-9.
34. Morsi A, DeFranco D, Witchel SF. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the fetus. *Horm Res Paediatr*. 2018; 89:380-7.
35. Moore KL, Persaud TVN, Mark G. *Embriología clínica*. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2016.
36. Smith R. Parturition. *N Engl J Med* 2007; 356:3.
37. Cunningham F, Kenneth JL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetricia*. 23ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, S.A.; 2011.
38. Keelan J. Intrauterine inflammatory activation, functional progesterone withdrawal, and the timing of term and preterm birth. *J Reprod Immunol* 2018; 125:89-99.
39. Ledingham MA, Thomson AJ, Greer IA, Norman JE. Nitric oxide in parturition. *BJOG* 2000; 107:581-93.
40. Illera JC, Silvan G, Cáceres S, Carbonell MD, Martínez-Fernández L, Munro C, Casares M. Assessment of ovarian cycles in the African elephant (*Loxodonta africana*) by measurement of salivary progesterone metabolites. *Zoo Biol*. 2014; 33(3):245-9.
41. Malley JD, Malley KG, Pajevic S. *Statistical learning for biomedical data*. (Cambridge University Press, 2011).
42. Zbir S, Rozenberg P, Gofnet F, Milcent, C. Cesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. *PLoS ONE* 2018; 13(11):e0207379.
43. Ashwal E, Melamed N, Hirsch L, Wiznitzer A, Yogev Y, Peled Y, et al. The incidence and risk factors for retained placenta after vaginal delivery - a single center experience. *J. Matern Fetal Neonatal Med*. 2014; 27(18):1897-900.
44. Jay A, Tomas H, Brooks F. In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth*, 2018; 45:64-70.
45. Rydahl E, Eriksen L, Juhl M. Effects of induction of labour prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBI Database Syst. Rev. Implement Rep* 2019; 17(2):170-208.
46. Lee KS, Ahn KH. Application of artificial intelligence in early diagnosis of spontaneous preterm labor and birth. *Diagnostics* 2020; 10(9):733.

¿Por qué decidí estudiar obstetricia? Relatos de un estudio cualitativo en estudiantes de obstetricia

Luis del Valle Quintana

Magister en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud.
Universidad de los Andes. Chile. Facultad de Enfermería y
Obstetricia, Escuela de Obstetricia y Puericultura.

E-mail: ldelvalle@uandes.cl

Fecha de recepción: 3 de diciembre de 2021.

Fecha de aceptación: 21 de marzo de 2022.

Cómo citar este artículo:

Del Valle Quintana. ¿Por qué decidí estudiar obstetricia? Relatos de un estudio cualitativo en estudiantes de obstetricia. *Matronas Hoy* 2022; 10(1):14-22.

Resumen

Introducción: la elección de carrera es un momento decisivo en la vida de todo estudiante y es resultado de un proceso de autodescubrimiento donde intervienen diferentes variables.

Objetivo: desvelar los motivos que llevan a estudiantes chilenos a escoger la carrera de obstetricia (término anglosajón *midwifery*, partería o matronería* en español).

Método: estudio exploratorio con abordaje cualitativo, donde fueron incluidos estudiantes de primer y segundo año de la carrera de obstetricia de una universidad chilena. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas durante el primer semestre de 2017, por un periodo de 60 días. Los datos fueron analizados siguiendo las seis etapas de análisis de contenido temático de Braun y Clarke, generándose temas y subtemas. Se utilizó lista de chequeo de criterios consolidados para estudios cualitativos para mayor rigurosidad.

Resultados: se aplicaron en total 48 entrevistas, el 100% correspondió al sexo femenino y la edad promedio fue de 19,8 años. Tras el análisis de contenido temático, impulsado por la teoría, se reveló que los motivos que guiaron la elección por la carrera se agrupan en los temas: factores vocacionales, contextuales y expectativas de logros.

Conclusiones: los estudiantes que optan por la carrera de obstetricia son en su mayoría mujeres con vocación de servicio, influenciadas parcialmente por su entorno socio-ambiental próximo y con aspiraciones de alcanzar el éxito, tanto personal como profesional.

Palabras clave: motivación; elección de carrera; partería; matronería, matron/a.

* El vocablo "matronería", aunque desde hace años se está haciendo un uso común de él en el medio profesional de las matronas/es, no deja de ser un neologismo que aún no está incluido en el DRAE.

Abstract

Why did I decide to study obstetrics? Stories from a qualitative study in obstetrics students.

Introduction: career choice is a turning point in the life of every student, and it is the result of a self-discovery process involving different variables.

Objective: to reveal the reasons that lead Chilean students to choose the Obstetrics career (*midwifery in English, "partería" or "matronería" in Spanish*).

Method: an exploratory study with qualitative approach, including students from the first and second years of the Obstetrics degree in a Chilean University. There was non-probabilistic sampling by convenience. Data collection was conducted through semistructured interviews during the first semester of 2017, and for a 60-day period. Data were analysed following the six stages of thematic content analysis by Braun and Clarke, generating themes and subthemes. A check-list of established criteria for qualitative studies was used for higher rigor.

Results: in total, 48 interviews were conducted; 100% were female respondents, with 19.8 years as average age. After the thematic content analysis driven by theory, it was revealed that the reasons guiding career choice could be grouped into these themes: vocational factors, contextual factors, and expectations of achievements.

Conclusions: students choosing the Obstetrics degree are mostly women with a service vocation, partially influenced by their close socio-environmental setting, and with aspirations to achieve success, both personally and professionally.

Key words: motivation; career choice; midwifery; midwife.

* Even though the Spanish term "matronería" has been commonly used for many years in the professional setting of midwives, it is a neologism not still included in the DRAE (Dictionary of the Royal Spanish Academy).

Introducción

La elección de una carrera universitaria es un momento decisivo en la vida de todo estudiante y supone el resultado de un proceso de autodescubrimiento donde intervienen diferentes variables^{1,2}. Mira y López³ (1947) definen la elección vocacional como el resultado de un proceso que consiste en elegir la carrera, profesión u oficio que mejor conviene a un individuo de acuerdo a sus aptitudes y las posibilidades que le ofrece el medio.

Varios estudios señalan los factores que influyen en la elección de carrera, desde una visión sociológica está vinculada al entorno familiar y social donde se desenvuelve el individuo^{4,5}. También se ha reconocido al sistema de admisión a la educación superior y al factor económico como elementos que pueden influir en la elección⁶. Pineda⁷ (2015) encuentra que la elección está asociada al género y nivel de instrucción de la madre del estudiante.

El término obstetricia deriva del verbo *obstare*, que significa estar al lado o delante de la parturienta⁸. A nivel mundial la Confederación Internacional de Matronas define a la "matrona" como un profesional responsable y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio⁹.

En Chile, la formación de matronas data de 1834, cuando se impulsó la profesionalización de la atención del parto, la cual se fue perfeccionando, reconociéndose como carrera en 1968^{10,11}. El campo ocupacional se ha expandido debido a los cambios sociales del siglo XX, impulsando el reconocimiento de la profesión, creándose códigos, leyes y normas que regulan su quehacer en el ámbito asistencial¹², pero no hay un programa único de formación, cada facultad pública o privada ofrece el propio.

En la visión de la matrona en el siglo XXI se describe como una profesión bien vista socialmente, se considera que debe ser elegida por vocación¹³. Cerda¹² (2020), en su estudio, señala que la matrona chilena debe ser una profesional con talento humano y compromiso con la sociedad para otorgar cuidados de salud seguros, respetuosos, individualizados, de calidad y regulados.

Al estudiar los motivos que presentan estudiantes al ingresar a una carrera, las motivaciones intrínsecas relacionadas con las preferencias personales suelen ser las más influyentes². En salud, en tanto el altruismo y la vocación de servicio público, son percibidos como un factor condicionante¹⁴.

Canales y Ríos (2018) señalan que la falta de claridad vocacional podría explicar la deserción temporal de jóvenes universitarios¹⁵. En los casos en que los estudiantes ingresan sin tener clara una vocación académica esto puede traer problemas de rendimiento académico, insatisfacción y deserción¹⁶.

Por tanto, identificar los motivos que influyen en la elección

de una carrera universitaria puede ser clave para prevenir la deserción educativa del alumnado universitario. Hasta el momento, en nuestro medio, no hay reportes de las variables que podrían explicar la toma de decisión vocacional por la carrera de obstetricia y todo lo que ella implica.

Para una mejor comprensión de la temática abordada en este artículo se hacen las siguientes contextualizaciones:

Profesión matrona

El término obstetricia, como se señaló anteriormente, significa junto a o delante de la parturienta⁸, uno de los campos de actuación de los profesionales de la salud que atienden la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital. De ahí que en Chile, como en otros países latinoamericanos, se haya dado en nombrar la carrera de Obstetricia, y obstetra al profesional que presta esta asistencia. Sin embargo, la denominación de obstetra, obstétrica, obstetrix, que no debe confundirse con la especialización médica de obstetricia, no expresa el alcance completo de su actividad profesional; igual sucede cuando en algunos países se denomina la profesión como partería, ya que este término parece que circunscribe la actividad profesional únicamente a la atención de la gestación, parto y puerperio, dejando fuera la intervención en las otras esferas de la salud sexual y reproductiva relacionadas con la ginecología, de competencia también del obstetra, de la obstétrica (o matrócn/matrona como se denomina en Chile o en España).

En consecuencia, la esfera de la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer abarca dos ciencias, **GINECOLOGÍA**: Mujer + logía= Ciencia de la Mujer y la **OBSTETRICIA**: *Obstare* (estar a la espera, al lado o delante de la parturienta).

Indudablemente el cuadro de la asistencia a la mujer no estaría completo sin el profesional que le presta ayuda y atención: matrona "**CONMATER**" (*junto a la mujer*), que desde los tiempos conocidos ha venido desempeñando esta labor al lado de la mujer con los saberes y aptitudes propias de cada época y circunstancia de la historia.

Hechas estas puntualizaciones, para evitar equívocos de lectoras/es de otros países, queda abierta una vía para el debate entre los países hispanoparlantes, a fin de encontrar el vocablo común que mejor defina la profesión y titulación del profesional sanitario que presta atención y cuidado la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital.

Marco contextual de la profesión de obstetra (matrona) en Chile

En Chile, para obtener el título profesional de matrona o matrócn se debe aprobar satisfactoriamente 10 semestres de

estudio teórico práctico en la carrera de Obstetricia, que corresponde a una carrera universitaria dictada por entidades públicas y privadas. Se trata de una carrera autónoma con criterios de admisión definidos, que habilita para la asistencia de las gestaciones, partos y puerperios no complicados; además de identificar, tratar y derivar las complicaciones ya sea maternas y/o neonatales¹².

Para acceder a la formación de matrona se debe primero haber completado el ciclo de educación básica y media, que comprende al menos doce años de instrucción. Para luego rendir la prueba de acceso a la educación superior, evaluación estandarizada utilizada por las universidades para permitir el ingreso a sus vacantes, donde se exige un puntaje mínimo de ingreso que varía entre cada institución^{18,19}.

Una vez completado el ciclo de formación, la matrona puede desempeñar sus funciones en instituciones de Salud Pública y privada, en la atención abierta y cerrada en las áreas de ginecología y obstetricia, neonatología, también puede desempeñar el ejercicio libre de la profesión²⁰. La empleabilidad al primer año de egreso es del 89% y en el segundo año del 97%. La renta bruta percibida del primer al cuarto año de egreso varía entre los 13.200 USD (11.979,26 € anuales/997 € mes) a 21.600 USD (19.602 € anuales/1.633 € mes)¹⁸ en el contexto del país cuyo salario mínimo (2020) fue de unos 480.00 €, y su sueldo medio de 726 €²¹.

Según el registro nacional de prestadores de salud, hasta el año 2019, el país contaba con 14.183 matronas, de las cuales el 10% correspondía al sexo masculino²².

Objetivo

El objetivo de este estudio fue describir los motivos que llevaron a estudiantes chilenos a escoger la carrera de obstetricia.

Método

Para el logro del objetivo fue realizado un estudio exploratorio con abordaje cualitativo genérico²³. En este tipo de trabajos, la pregunta de investigación se presenta de forma abierta de acuerdo con el diseño metodológico, aunque no adopta un presupuesto teórico específico para orientar el método²⁴.

Fueron incluidos estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una universidad chilena, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ingreso por vía regular, estar cursando primer o segundo año de la carrera, finalización del primer semestre lectivo y situación académica vigente, fueron excluidos en tanto: estudiantes con antecedentes de fracaso académico y antecedentes de problemas de salud mental como depresión o ansiedad en tratamiento debidamente diagnosticados.

La selección de los participantes se llevó a cabo por conveniencia, de acuerdo al interés de los estudiantes. Se invitó

a participar de manera abierta mediante los canales de difusión interna de la institución, tanto en formato escrito por correo electrónico y de forma oral en sala de clases, donde fueron reclutados aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los datos fueron recolectados el primer semestre de 2017, el periodo de recolección tuvo una duración total de 60 días y fue llevado a cabo entre los meses de junio y julio.

El muestreo siguió los criterios de saturación teórica, esto quiere decir, hasta que las respuestas entregadas por los participantes no aportaron información nueva o relevante para el objetivo del estudio²⁵. Cuando se observaron repeticiones de información, y, por tanto, alcanzando el objetivo propuesto, no se programaron nuevas entrevistas, debido a la saturación teórica de los datos²⁶.

La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas²⁷, las que fueron efectuadas por un investigador de profesión matrona, con experiencia en recolección de datos cualitativos y experiencia en docencia universitaria. Los datos fueron recolectados en una sola entrevista individual, la cual fue conducida por la siguiente pregunta desencadenante inicial: "¿Cuáles fueron los motivos que te llevaron a escoger la carrera de obstetricia?" y un guion de preguntas abiertas auxiliares (Tabla 1).

Las preguntas se basaban en la profundización de las influencias que ejercen el entorno social, vocación de servicio y experiencias personales que favorecen la elección de una carrera del área médica. Las preguntas guiaron la entrevista; sin embargo, el participante tuvo la libertad de hablar sobre otros asuntos que consideró pertinente para el contexto de su discurso. El guion de la entrevista fue probado previamente a través de un estudio piloto hecho con dos estudiantes, los cuales fueron excluidos de la muestra. Adicionalmente se realizaron las preguntas (¿Qué edad tienes?, ¿Cuál es el tipo de financiamiento de tu colegio de procedencia? y ¿Tienes estudios técnicos o universitarios previos?), para caracterizar a los participantes.

En cuanto al procedimiento, las participantes acudieron a la entrevista con previa cita agendada. Esta se desarrolló en dependencias de la unidad académica en un entorno resguardado y confidencial, se contó con un moderador, papel adoptado por el investigador principal, y un testigo de fe durante todo el tiempo que tardó la entrevista.

Los datos fueron analizados de manera cualitativa con el fin de capturar las experiencias de los participantes. Esto se llevó a cabo en seis etapas mediante análisis de contenido temático descrito por Braun y Clarke (2006)²⁸: 1) Familiarización con datos cualitativos de la lectura vertical de entrevistas individuales. 2) Generación de códigos iniciales a partir de la lectura horizontal de entrevistas individuales. 3) Agrupación de códigos centrales temáticos. 4) Revisión

Tabla 1. Guion de entrevista semiestructurada que indaga en los motivos que llevaron a los estudiantes a escoger la profesión de obstetricia

Pregunta	Tipo de pregunta
¿Cuáles fueron los motivos que te llevaron a escoger la carrera de obstetricia?	Pregunta desencadenante
Podrías describir la secuencia de hechos previos a tu elección final	Preguntas auxiliares
¿Qué influyó en tu decisión de ingresar a la carrera?	
¿Hubo personas que también influyeron en tu decisión? ¿Quiénes? ¿Por qué piensas tú que esas personas influyeron en tu decisión?	
¿Qué esperas conseguir al desempeñarte como futura profesional matrona? ¿Cómo imaginas tu proyecto de vida personal al ejercer tu profesión?	

de temas y desarrollo de un mapa temático. 5) Definición de los nombres de los temas. 6) Elaboración del informe final. Este proceso fue efectuado por el investigador principal, quién elaboró una estructura de códigos iniciales que le permitieron luego generar temas y subtemas. Posteriormente, un segundo investigador experimentado revisó y validó el análisis llevado a cabo previamente.

Para garantizar el reporte de los resultados de este estudio, fueron utilizados criterios consolidados para informar estudios cualitativos (COREQ) asegurando atender a los 32 ítems del instrumento²⁹.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la institución proponente bajo número de resolución exenta #010569, y todos los participantes leyeron, aclararon dudas y firmaron un consentimiento informado con dos copias, una para el participante y otra para el investigador.

Resultados

En total se recogieron 48 entrevistas, los estudiantes que participaron correspondían al sexo femenino en un 100%. La edad promedio fue de 19,8 años (DE ± 1,3) con un rango entre 18 a 24 años. Luego del análisis de contenido temático, impulsado por la teoría, se revela que los motivos que guiaron la elección por la carrera se pueden agrupar en los temas: factores vocacionales, contextuales y expectativas de logros (Figura 1).

1. Factores vocacionales

Elementos que surgen de la motivación intrínseca del estudiante hacia el estudio de la profesión, la que responde a sus preferencias personales de acuerdo al campo de acción de la matrona en el área de la salud. Se potencia por la posibilidad de prestar ayuda desinteresada y el hecho de mantener una relación directa con las personas. En este tema están los subtemas: intereses personales, carrera de la salud y vocación de servicio.

1.1 Intereses personales

Atracción intrínseca hacia las competencias con las que cuenta la matrona y el campo de acción donde esta se desenvuelve. Esta atracción responde a un deseo propio de la postulante, que se construye desde la infancia y se fortalece por los valores positivos a los que se vincula la profesión.

(P34, L1-5) *"La carrera siempre llamó mi interés ya que tiene varios ámbitos que me gustan, siempre sentí una inclinación hacia el área de la neonatología y oncología, por lo que la carrera tenía lo que yo buscaba y la encuentro una carrera hermosa y enriquecedora..."*

1.2 Carrera de la salud

El optar por el estudio de la profesión se enmarca dentro de las posibles alternativas, ya que se circunscribe como una carrera del área de la salud. Suele surgir como opción para el estudiante frente al análisis comparativo de las profesiones, evaluando sus ventajas y desventajas, las que clasifica según sus propios intereses o percepción.

(P6, L1-2) *"Me gustaba mucho el tema de la salud y en un principio me interesaba la carrera de medicina, enfermería y obstetricia, pero medicina la descarté debido a los largos años de estudio. Por otro lado, enfermería tenía relación con los adultos mayores lo cual no es de mi agrado..."*

1.3 Vocación de servicio

Anhelos profundos de estudiante de ayudar a otros o a quienes más lo necesitan en el ámbito de la salud, lo que se traduce en un acto de hacer el bien de forma desinteresada y que les permita, además, mantener relaciones interpersonales de forma constante.

(P4, L16-20) *"...soy una persona muy indecisa e insegura, pero de lo que sí estaba 100% segura era de dedicarme al área de la salud, quería hacer algo que beneficiara al otro,*

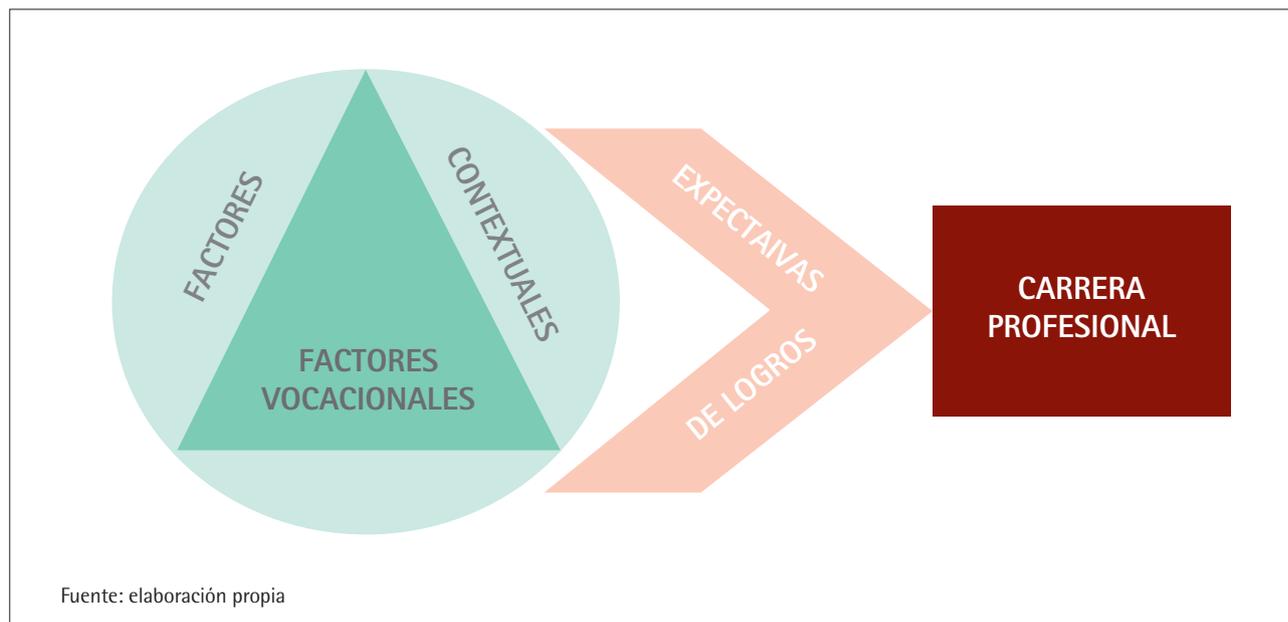


Figura 1. Diagrama que representa los motivos que guían la elección de carrera en estudiantes chilenos de obstetricia

poder darle bienestar... Además soy una persona muy sociable, por lo que trabajar con personas directamente me llamó mucho la atención y me inclinó a seguir esta carrera..."

2. Factores contextuales

Corresponden a aquellos elementos socio-ambientales que son parte del entorno del estudiante y que facilitan o entorpecen su elección por la profesión modelando los factores vocacionales. Aquí se encuentran los subtemas: experiencias previas, referentes vocacionales, apoyo familiar y sistema de admisión, que intervienen en la elección vocacional de la estudiante.

2.1 Experiencias previas

Vivencia trascendental en la vida del sujeto, donde existe un acercamiento directo con la especialidad. El hecho de presenciar en primera persona el despliegue del actuar profesional y el entorno donde se desenvuelve la matrona contribuye en manifestar interés por el estudio de la carrera.

(P3, L1-3) *"Fue una vocación de servicio, siempre tuve la necesidad de hacer algo que tuviese un impacto real y positivo sobre la gente... Luego de ser mamá me di cuenta del rol fundamental de la matrona en un momento tan importante para una familia como lo es el nacimiento de un hijo"*

2.2 Referente vocacional

Persona significativa que desempeña la profesión y que forma parte del entorno próximo del estudiante, la cual se posiciona

como modelo a seguir, tanto por la admiración que genera su labor así como la familiaridad con la cual se abordan los temas propios del quehacer profesional en el diario vivir.

(P25, L15-18) *"Desde muy pequeña estuve metida en el área de la ginecología y la educación y esto siempre me interesó. Mi mamá es enfermera matrona y desde chica le ayudaba en cursos relacionándome con doctoras y matronas, ella no quería que estudiara para ser matrona pero finalmente, aunque ella influyó y aceptó, fue mi decisión"*

2.3 Apoyo familiar

La decisión por la carrera se sustenta en el apoyo que brinda la familia a la hora de la elección, que se considera crucial debido al vínculo que mantienen con el estudiante. Adquiere un papel relevante al potenciar la decisión y generar mayor arraigo en el postulante, sobre todo frente a una opción particular, que puede o no adecuarse a los cánones vigentes en el núcleo familiar.

(P4, L21-23) *"Mis papás siempre me apoyaron en todas mis decisiones, no obstante, en mi familia nadie se dedica al área de la salud... son casi todos ingenieros, se podría decir que influyeron en cuanto al apoyo que me dieron, me ayudaron a sentirme más segura respecto a mi decisión de estudiar obstetricia"*

2.4 Sistema de admisión

Subtema que alude al puntaje obtenido en la prueba de admisión a la educación superior, el cual delimita las opciones

del estudiante a la hora de postular, así como el hecho de ser admitidas en una institución de prestigio a la cual deseaban ingresar. Esto se encuentra bajo el sistema de ingreso a la educación universitaria definido a nivel país.

(P18, L15) *"Terminé el colegio hace un tiempo, me tomé un año sabático y me fui de Chile y el puntaje de la PSU me daba para optar a obstetricia (...) así que postulé a obstetricia y enfermería (...) influyó el hecho de quedar en la uandes como primera postulación".*

3. Expectativas de logros

Son aquellas consecuencias esperadas de la elección de carrera y del propio desempeño académico y profesional percibido por el estudiante. Esta proyección futura del ejercicio de la profesión se basa en el cumplimiento de las expectativas con las que ingresaron las postulantes, respondiendo por tanto a la motivación intrínseca y extrínseca que envuelve la elección. Aquí están los subtemas: autoconfianza, satisfacción y seguridad económica.

3.1 Autoconfianza

Optimismo latente de las estudiantes frente a la obtención de buenos resultados en el estudio de la carrera y la culminación exitosa de su proceso de formación, visualizándose como una profesional íntegra, competente y que le sea gratificante.

(P47, L10-12) *"Espero en el largo y duro camino que fue y será, me haga una buena matrona, y siento que puedo lograrlo pese a las adversidades, imagino mi proyecto de vida bastante completo haciendo lo quiero y yendo feliz a trabajar".*

3.2 Satisfacción

Manifiestan un deseo explícito de cumplir sus expectativas personales asociadas a su motivación inicial por la profesión. Se denota una tendencia a vincular su desempeño laboral a su bienestar personal interno, lo que se traduce en "gratificación" frente al trabajo bien hecho, además de un sentimiento del desarrollo total del propio potencial para el cumplimiento de las metas propuestas.

(P34, L20-23) *"Que mi profesión me haga feliz, me llene. Que al trabajar me desarrolle con profesionalismo y se note que tengo pasión por la carrera (...) deseo destacarme por hacer bien mi trabajo, con calidad y cariño".*

3.3 Seguridad económica

Existe certeza en el ejercicio futuro de la profesión en sus diferentes ámbitos, y por tanto las retribuciones materiales que brinda el estudio de la carrera surgen también como un motor de elección. Se valoran los beneficios que trae consigo la remuneración asociada al ejercicio profesional.

(P44, L12-13) *"Investigué la empleabilidad de mis opciones, donde me podría desempeñar, la malla y las primeras ganancias... Escogí la carrera por los ámbitos en los que me puedo desarrollar y la alta empleabilidad..."*

Discusión

Los factores que intervienen en el proceso de toma de decisiones en la elección de carrera son diversos y están interconectados³⁰. La Teoría Social Cognitiva de las Carreras representa la integración de diferentes modelos y constructos, con la finalidad de comprender los mecanismos que regulan la elección de carrera y el rendimiento académico³¹.

En este estudio, realizado en estudiantes de la carrera de obstetricia que oferta una universidad chilena durante el 2017, el total de entrevistados corresponde al sexo femenino. Esto reafirma el efecto determinante de la elección asociada al género^{7,32,33}. Similar a reportes internacionales, donde se señala que el personal de enfermería está conformado hasta un 90% por mujeres, las que se inclinan por vocaciones sociales, relacionadas por ejemplo con la educación o la atención de enfermos^{3,34,35}.

Dentro de los motivos encontrados para la selección de su futura profesión, estos se centran en factores vocacionales, contextuales y de expectativas. Aquellos vocacionales son de carácter intrínseco, donde se manifiestan intereses afines con la profesión, los que responden a un llamado al servicio social y que coinciden con el rol inherente de las carreras de salud. Este hallazgo se comparte con lo que señala Rodríguez (2019), quien afirma que las motivaciones intrínsecas relacionadas con las preferencias personales son las más influyentes al decidir ingresar a una carrera², así como otros estudios^{36,37}, reafirmando el factor condicionante del altruismo y la vocación de servicio al optar por una carrera de la salud, según lo descrito por Troncoso, Garay y Sanhueza (2016)¹⁴. Se destaca, por tanto, la relevancia de que la profesión matrona debe ser elegida por vocación de sus aspirantes¹³, para así responder a los cambios sociales del siglo XX que demanda el país¹².

En cuanto a los factores contextuales, que son más bien de carácter extrínseco, denotan la influencia del entorno socioambiental en el cual está inserto el estudiante. Reflejando estos, el modelaje inicial dado por la experiencia y los referentes vocacionales durante el proceso de socialización. Cepero³ (2009) señala la importancia de los agentes sociales, que son claves dentro del proceso vocacional del adolescente al igual que otros investigadores^{4,5}. En concordancia con lo que aluden Price et al.³⁸ (2013) y Quintana³⁹ (2014), quienes describen a las experiencias pasadas y los pilares vocacionales como elementos influyentes en el proceso de elección vocacional.

En este grupo la elección vocacional finalmente se ve condicionada por la política de acceso a la educación superior

y el apoyo que les brinda el núcleo familiar en la concreción de sus estudios. Complementando los resultados de Briones & Triviño⁶ (2018), donde tanto el sistema de admisión a la educación superior, como el factor económico se manifiestan como elementos influyentes en la elección.

Se reconoce además la valoración estimativa que hacen los estudiantes sobre alcanzar el éxito profesional, descrito como expectativas de logro. Concepto emanado de la teoría desarrollada por Bandura⁴⁰ (1986), que hace referencia a la evaluación que hace el sujeto acerca de sí mismo para la obtención de buenos resultados.

Por una parte se distinguen expectativas personales o autoevaluativas, como la confianza en un desempeño exitoso durante el proceso de formación y la satisfacción que se espera frente al ejercicio profesional, el que apuesta al desarrollo total del propio potencial para el cumplimiento de las metas propuestas. Esta visión es compartida con la literatura, la cual señala que la autoeficacia influye en la elección de las actividades, en establecer metas, usar estrategias de aprendizaje efectivas y en monitorear y evaluar el progreso de los objetivos, los que favorecen el éxito tanto académico como profesional⁴¹⁻⁴³. El hallazgo de estos temas también concuerda con los resultados obtenidos en una cohorte mexicana de estudiantes de enfermería y psicología, los que tienen como expectativas realizar un trabajo interesante y gratificante que les haga sentirse útiles y que aportan a los demás⁴⁴. Cepero³ (2009), por su parte, afirma que las mujeres aspiran a estar bien consigo mismas y ven en el trabajo un instrumento de realización personal y que los motivos apuntados para concretar su elección vocacional son el factor afectivo, lo que respalda los resultados de este estudio.

Acerca de las expectativas materiales, estas surgen como otro motor de motivación para los estudiantes, dentro de los cuales la seguridad o retribución económica es un factor que se recoge desde los discursos de los participantes. Deniz et al.⁴⁵ (2014) los identificaron como factores objetivos al momento de la preferencia vocacional. Así como motivaciones descritas para ingresar a una carrera de salud, que arrojan el cumplimiento de expectativas personales y económicas¹⁴. Se ha demostrado además que las enfermeras a menudo eligen la profesión basadas en nociones preconcebidas, como tener seguridad en el empleo y la flexibilidad laboral⁴⁶. Es entonces, a través del proceso de socialización que los individuos entran en una carrera con percepciones y expectativas de lo que implica esa profesión, que podría influir en la intención de permanecer una vez escogida³⁸.

Conclusión

Se concluye que los estudiantes chilenos que optan por la carrera de obstetricia son en su mayoría mujeres con vocación de servicio, influenciadas parcialmente por su entorno so-

cio-ambiental próximo y con aspiraciones de alcanzar el éxito, tanto personal como profesional, guiadas por un componente afectivo asociado al proceso de socialización y al acto de maternar.

Agradecimientos

Este artículo forma parte del proyecto de Tesis de finalización de grado de Magister en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud, Universidad Finis Terrae. Agradecer además el apoyo brindado por la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de los Andes.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Lorenzo M, Argos J, Hernández J, Vera J. El acceso y la entrada del estudiante a la universidad: Situación y propuestas de mejora facilitadoras del tránsito. *Educación XX1*. 2014; 17(1):15-38. Doi: <http://doi.org/10.5944/educxx1.17.1.9951>
2. Rodríguez-Muñoz LJ, Areces D, Suárez-Álvarez J, Cueli M, Muñoz J. ¿Qué motivos tienen los estudiantes de Bachillerato para elegir una carrera universitaria? *J. Educ. Psychol.* 2019; 14(1):1-15.
3. Cepero AB. Las preferencias profesionales y vocacionales del alumnado de secundaria y formación profesional específica (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2009. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18751362.pdf>
4. De la Mella S, Mirabal J, Contreras J. Factores motivacionales que influyeron en estudiantes de primer año para elegir la carrera de Estomatología. *Edumecentro*. 2012; 4(3):188-97.
5. Di Gresia LM. Educación universitaria: acceso, elección de carrera y rendimiento. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2009.
6. Briones YM, Triviño JR. Factores que intervienen para elegir carreras universitarias. Universidad Técnica de Manabí. En: Tovar-Galvez JC (ed.). *Trends and challenges in Higher Education in Latin America*. Eindhoven, NL: Adaya Press; 2018. p. 200-7.
7. Pineda Barón L. A. Factores que afectan la elección de carrera: caso Bogotá. *Universitas Económicas*. [internet] 2015 [citado 21 mar 2022]. Disponible en <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18494>
8. Hellman Louis M, Pritchard Jack A. *Williams Obstetricia*. Barcelona: Salvat; 1973. p. 1.
9. ICM. Core documents. International Definition of Midwife. In-

- ternational Midwives [internet] 2011 [citado 21 mar 2022]. Disponible en: <https://internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
10. Julio O, Zapenas M. Primer Curso de Matronas Instructoras en Chile. Boletín de la Oficina Panamericana [internet] Santiago de Chile, 1962. P. 430-3 [citado 21 mar 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12479/v53n5p430.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 11. Bonilla H. Trayecto histórico académico de la formación en Matronería en Chile. Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor Consejo Regional Santiago Colegio de Matronas y Matrones de Chile. En: Evolución de la Matronería en Chile Hitos y Desafíos. Santiago, 2015. P. 17- 34.
 12. Cerda L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2020; 85(2):115-22. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200115>
 13. Martínez E, Macarro D, Herrero J, Llorente A. Visión de la matrona en el siglo XXI. Rev Matronas Hoy. 2014; 2(2):17-26.
 14. Troncoso C, Garay B, Sanhueza P. Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. Revista Horizonte Médico. 2016; 16(1):55-61.
 15. Canales A, De los Ríos D. Factores explicativos de la deserción universitaria. Rev Calidad en la Educación. 2007; (26):173-201. Doi: <https://doi.org/10.31619/caledu.n26.239>
 16. Carrasco E, Zúñiga C, Espinoza J. Elección de carrera en estudiantes de nivel socioeconómico bajo de universidades chilenas altamente selectivas. Rev Calidad en la Educación. 2014; (40):95-128. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-45652014000100004>
 17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Centro de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional en las Américas [internet]. 3ª ed. Montevideo: CLAP/ SMR, 2014 [citado 21 mar 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1599.pdf>
 18. Ministerio de Educación. Subsecretaría de Educación superior. Acceso Educación Superior [internet]. Mineduc.cl. [citado 19 mar 2022]. Disponible en: <https://acceso.mineduc.cl>
 19. Universidad de Chile. Admisión regular pregrado. Uchile.cl. [internet] [citado 21 mar 2022]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/portal/admision-y-matriculas/admision-regular-pregrado/4815/requisitos-generales-de-postulacion-2022>
 20. Ministerio de Salud Pública. Código Sanitario Decreto con Fuerza de Ley N° 725 [internet]. Gobierno de Chile; 1967 [citado 21 mar 2022]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
 21. Instituto Nacional de Estadística Chile. Síntesis de Resultados. Encuesta Suplementaria de Ingresos. ESI 2020 [internet] [citado 19 mar 2022]. Disponible en: [https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2021/08/24/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-\\$635.134-en-2020](https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2021/08/24/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-$635.134-en-2020)
 22. Superintendencia de salud. Intendencia de prestadores de salud. Estadísticas de prestadores individuales de salud. Supersalud [internet] [citado 21 mar 2022]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-18219_recurso_1.pdf
 23. Denzin NK, Lincoln YS. Manual de investigación cualitativa. El campo de la investigación cualitativa. Vol. 1. Barcelona: Gedisa; 2012.
 24. Kahlke RM. Generic Qualitative Approaches: Pitfalls and Benefits of Methodological Mixology. International Journal of Qualitative Methods. 2014; 37-52. Doi: <https://doi.org/10.1177/160940691401300119>
 25. Osses S, Sánchez I, Ibáñez F. Investigación Cualitativa en Educación. Hacia la Generación de Teoría a través del Proceso Analítico. Estud. Pedagog. 2006; 32(1):119-33.
 26. Saunders B. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Quality & quantity. 2018; 52(4):1893-907. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
 27. Rodrigues M, Hoffmann C, Mackedanz R, Hoffmann V. Como investigar cualitativamente. Entrevista y Cuestionario. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Eumed [internet] 2011 [citado 21 mar 2022]. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/11/
 28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. Routledge; 2006 Jan; 3(2):77-101.
 29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care. 2007; 19(6):349-57.
 30. Brown DS, Ryan Krane NE. Critical ingredients of career choice interventions: More analysis and new hypotheses. J. Vocat. Behav. 2003; 62:411-28.
 31. Lent R, Brown S, Hackett G. Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance. J. Vocat. Behav. 1994; 45:79-122.
 32. Deng C, Armstrong P, Rounds J. The fit of Holland's RIASEC model to US occupations. J. Vocat. Behav. 2007; 71(1):1-22.
 33. Martínez A, Ángeles I. Características de los intereses vocacionales en alumnos de educación secundaria evaluados a través del explora. International Journal of Developmental and Educational Psychology (Revista INFAD de Psicología). 2014; 3(1):549-62.
 34. Porcel A, Mercado C, Barrientos S, Gil E. Expectativas profesionales del alumnado de enfermería desde un enfoque de género. Educación Médica Superior. 2015; 29(4):890-905.
 35. Barra E. La influencia del sexo y de la tipificación de rol sexual. Rev Latinoamericana de Psicología. 2002; 34:275-84.
 36. Bravo G, Vergara M. Factores que determinan la elección de carrera profesional: en estudiantes de undécimo grado de colegios públicos y privados de Barrancabermeja. Revista Psicoespacios. 2018; 12(20):35-48. Doi: <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>

37. Kiziltepe Z. Career choice: Motivations and perceptions of the students of education. *The Anthropologist*. 2015; 21(1-2):143-55.
38. Price S. Factors that influence career decisions in Canada's nurses. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*. 2013; 26:61-9.
39. Quintana A. La decisión más importante: estudio cualitativo sobre el proceso de elección vocacional en estudiantes universitarios provenientes de liceos municipales no emblemáticos de la región metropolitana (Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Educacional). Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2014
40. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986.
41. Bandura A. *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press; 1997.
42. Schunk DH, Usher EL. Social cognitive theory and motivation. En: Ryan RM (ed.). *The Oxford handbook of human motivation*. New York: Oxford University Press. 2019. p. 11-26.
43. Schunk DH, DiBenedetto MK. Self-efficacy theory in education. En: Wentzel KR, Miele DB (eds.). *Handbook of motivation at school*. New York: Routledge; 2016. p. 34-53.
44. Rodríguez F, Betanzos N, Uribe N. Expectativas laborales y empleabilidad en enfermería y psicología. *Aquichan*. 2014; 14(1):67-78.
45. Deniz K, Ture E, Uysal A, Akar T. Investigation of Vocational Interest and Preference in Terms of Gender and Socio-economic Status. *Eurasian J. Educ. Res*. 2014; 57(57):91-112.
46. Noordien I, Hoffman J, Julie H. Male students' motivations to choose nursing as a career. *Afr. J. Health Prof. Educ*. 2020; 12(4):220-3.

¹ María Teresa Anduig Viñarta
¹ María Teresa Pingarrón
Montes

Seroma periprotésico tardío en madre lactante

¹ *Matronas. CSI Oliva. Valencia*

E-mail: mayteanduigvinarta@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de noviembre de 2021.

Fecha de aceptación: 4 de marzo de 2022.

Cómo citar este artículo:

Anduig Viñarta MT, Pingarrón Montes MT. Seroma periprotésico tardío en madre lactante. *Matronas Hoy* 2022; 10(1):23-6.

Esta comunicación, presentada en formato póster, fue premiada como la mejor en su categoría en el XX Congreso Nacional de Matronas Alicante 2021, motivo por el que la Asociación Española de Matronas sugirió a las autoras, dada la excepcionalidad del caso, la posibilidad de desarrollar el tema en formato artículo científico para publicación en esta revista.

Resumen

La aparición de un seroma periprotésico tardío es muy infrecuente, más si cabe si se trata de una mujer en periodo de puerperio y lactancia, a juzgar por las aún más escasas referencias científicas sobre el particular. Es una realidad que desde los años 90 del pasado siglo se viene produciendo un incremento llamativo de las operaciones de aumento de pecho por cuestiones estéticas, independientemente de las cirugías reconstructoras, que ponen sobre la mesa nuevos problemas y retos para los profesionales encargados de la salud sexual y reproductiva de la mujer, entre los cuales, la matrona es un profesional de referencia.

Palabras clave: seroma tardío; lactancia; prótesis mamarias; implantes mamarios; mamoplastia de aumento; matrona.

Abstract

Late periprosthetic seroma in breastfeeding mothers

The development of a late periprosthetic seroma is very infrequent, and even more in women in the postpartum and breastfeeding stage, based on the limited scientific references about this matter. It is a fact that there has been an striking increase in breast augmentation procedures for cosmetic reasons since the 90s in the past century, irrespective of reconstructive surgery, which draw the attention to new problems and challenges for those professionals responsible for the sexual and reproductive health of women, among which the midwife is a professional of reference.

Key words: late seroma; breastfeeding; breast implants; augmentation mammoplasty; midwife.

Introducción

El seroma periprotésico tardío es definido como el aumento de líquido en la periferia del implante mamario intracapsular¹, es una complicación poco común en la cirugía de los implantes mamarios que se presenta pasados los tres primeros meses de postoperatorio, pudiendo llegar a producirse hasta varios años después^{2-9,13}.

Es escasa la información con la que se cuenta actualmente en relación a su etiología, pero, plausiblemente y entre muchas posibilidades estudiadas en la literatura científica del momento^{1,3,13}, los micro-traumatismos en la cápsula periprotésica podrían estar relacionados con la formación de estos seromas². Por otra parte hay, aunque aún más limitados, estudios que lo han relacionado con el embarazo como factor inductor potencial, asociado con los cambios fisiológicos sobre la mama que se producen en este periodo¹⁰⁻¹³.

Habitualmente el cuadro clínico que presenta la mujer afectada por un seroma periprotésico tardío es el aumento llamativo del volumen mamario y la incrementada tensión en el pecho afectado (excepcionalmente el cuadro puede ser bilateral), sin que por norma general el proceso curse con fiebre ni datos locales de infección¹.

Solo se ha encontrado descrito un caso de seroma periprotésico tardío en el puerperio¹³, aunque difiere con el presente, ya que la mujer de esta investigación, había iniciado la alimentación de su hijo con lactancia materna exclusiva, que posteriormente abandona por voluntad propia y no por causa del seroma, que es de aparición posterior.

Inicialmente en el caso que se expone no se diagnostica la presencia de dicho seroma, dándose un primer diagnóstico de mastitis e iniciando antibioterapia.

A priori, no es de extrañar el error diagnóstico, puesto que la infección mamaria es un problema común en las mujeres lactantes con un espectro de patología que va desde la mastitis hasta la formación de abscesos¹⁴. Con mayor incidencia que los abscesos, la mastitis es una afección inflamatoria del pecho que puede acompañarse o no de infección¹⁵ y está frecuentemente asociada con la lactancia¹⁵⁻¹⁷. Su rango de incidencia es amplio, entre (2-33%) con una media inferior al 10%, siendo más habitual su aparición entre la segunda y la tercera semana del postparto¹⁵⁻¹⁷.

Los factores predisponentes de la mastitis son todos aquellos que favorecen un vaciado insuficiente de los pechos, cuyas causas pueden incluir un mal agarre del niño al pecho, succión ineficaz, restricción de la frecuencia o duración de las tomas, bloqueo de los conductos lácteos, así como la sobrepoducción de leche, entre otros¹⁴⁻¹⁷.

Objetivos

Recaltar la importancia de la rigurosidad en la valoración, evaluación, exploración clínica y toma de decisiones en cada uno de los casos clínicos que se presentan, actitud profesional y ética que no cuadra con el encasillamiento en rutinas asistenciales.

Alertar especialmente a las matronas, con un papel fundamental en el apoyo a la lactancia, de esta consecuencia tardía de la cirugía mamaria, para que al menos contemplen la sospecha sobre esta posibilidad ante una ingurgitación mamaria exagerada que se les presente.

Establecer o ayudar a hacer un diagnóstico diferencial que permita tempranamente dar un diagnóstico cierto y, en consecuencia, un tratamiento rápido y adecuado.

Sumar a la exigua bibliografía existente relacionada, un caso clínico de seroma periprotésico en mujer portadora de prótesis mamarias que, habiendo iniciado lactancia materna, decide interrumpirla a los once días del parto.

Material y método

Estudio de caso clínico

12-08-19. Parto mediante espátulas. La paciente inicia lactancia materna exclusiva.

23-08-19. La paciente decide suprimir lactancia materna. Se interrumpe mediante tratamiento farmacológico con cabergolina.

29-08-19. La madre acude a Atención Continuada en su centro de salud, ya que presenta dolor e inflamación en la mama izquierda coincidiendo con la supresión de la lactancia. Se diagnostica inicialmente como una mastitis infecciosa y es tratada farmacológicamente con antibióticos, dándose una pauta de amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada ocho horas durante ocho días.

16-09-19. Acude al servicio de Urgencias hospitalario por presentar un empeoramiento del cuadro clínico a pesar del tratamiento antibiótico pautado. La sintomatología principal fue el dolor, la inflamación y la febrícula.

La exploración mamaria en un primer momento es dificultosa debido a la presencia de las prótesis mamarias y se decide realizar una ecografía en ambas mamas por sospecha de rotura intracapsular de la prótesis en la mama izquierda (Imagen 1).

Se completa el estudio y se lleva a cabo una PAAF para analizar el líquido periprotésico y descartar una patología poco frecuente que es el linfoma anaplásico de células grandes.



Imagen 1. Paciente con seroma periprotésico tardío

30-10-19. Se realiza PAAF de ganglio axilar izquierdo con resultado negativo para células malignas y se efectúa citología de líquido periprotésico resultando también negativo.

Se completa el estudio mediante RNM, en la que se evidencia la presencia de un amplio seroma que se sitúa por dentro de la cápsula fibrosa del implante, rodeando por completo el material de silicona contenido por la cápsula interna.

12-11-19. Se repite de nuevo PAAF con aspiración para drenar el seroma que recidiva.

19-12-19. Se decide derivar a la paciente a la Unidad de Cirugía Plástica del hospital de referencia para continuar el estudio y tratamiento.

30-01-20. Control en el hospital de referencia, se programa intervención quirúrgica para explante de prótesis mamaria izquierda. La paciente decide mantener una actitud expectante y demorar la intervención quirúrgica por motivos personales.

30-06-20. La paciente es intervenida de urgencia para explante de la prótesis mamaria por extrusión de la misma con ulceración visible en piel.

12-08-21. Se realiza explante de prótesis mamaria derecha y reconstrucción mamaria bilateral con implantes mamarios de textura lisa.

Resultados

- Supresión precoz de la lactancia materna con tratamiento farmacológico por decisión de la paciente previo a la aparición de la sintomatología.
- Tratamiento inicial inadecuado por error de diagnóstico.
- Demora en el diagnóstico cierto, ya que no es hasta pasados dos meses tras del inicio de la sintomatología cuando

se realiza el diagnóstico correcto de seroma periprotésico tardío en mama izquierda

- Actualmente la paciente continúa acudiendo a controles médicos para ver la evolución del caso y mejorar el aspecto final de la mama afectada por el seroma periprotésico tardío.

Conclusiones

Es necesario realizar una anamnesis correcta y tener en cuenta la existencia de otros factores, como la presencia de prótesis mamarias y las posibles complicaciones que se puedan derivar de las mismas en aquellas mujeres que, estando con una lactancia materna establecida, puedan presentar sintomatología o alguna complicación durante el proceso de amamantamiento o, como en este caso, tras la supresión láctea.

En ocasiones la poca experiencia en estos casos hace que no se plantee la posibilidad de la existencia de este tipo de complicaciones tan infrecuentes, aunque reales, puesto que se suelen asociar a patologías mucho más habituales y se cae en rutinas asistenciales que dificultan ofrecer un temprano y certero diagnóstico y tratamiento correctos.

De haberse contemplado la posibilidad, en una primera consulta, por el hecho de que la mujer era portadora de implantes mamarios, de que se estuviera produciendo un seroma periprotésico, como fue el caso, una ecografía y/o resonancia magnética hubieran detectado el problema real y se hubiera procedido de inmediato con la resolución acertada.

La matrona es una profesional sanitaria especializada, clave, en las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer, siendo la maternidad y la lactancia dos importantes asistencias de la esfera de la salud sexual y reproductiva.

La matrona suele ser el interlocutor profesional con quien más frecuentemente la mujer va a tener su primer contacto al consultar por un problema o patología (sexual o reproductivo); por tanto, es fundamental su actuación detectando los problemas de forma precoz, para llegar a un diagnóstico y tratamiento correctos de manera más eficaz, y si es preciso, derivando a la mujer a la atención de otro profesional con la capacidad de resolución necesaria según el caso a tratar.

Bibliografía

1. Herrán Motta FS, Lugo Beltrán I, Menéndez Molina N, Trigos Micó I. Seroma tardío después de mamoplastia de aumento con implantes de silicona. Cirugía plástica [internet] 2010 [citado 4 mar 2022]; 20(2):87-92. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2010/cp102f.pdf>
2. Vázquez G, Audoin F, Pellon A. Los microtraumatismos como etiología del seroma tardío en la mamoplastia de aumento. Rev cir. plast. iberolatinoam. 2011; 37(3).

3. Chourmouzi D, Vryzas T, Drevelegas A. New spontaneous breast seroma 5 years after augmentation: a case report. *Cases journal* [internet] 2009 [citado 4 mar 2022]; 2:7126. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769339/>
4. Oliveira VM, Roveda Junior DL, Luca- relli AP, Martins MM, Rinaldi JF, Aoki T. Late seroma after breast augmentation with silicone prostheses: a case report. *Breast Journal* 2007; 13(4):421.
5. Franco T, Franco D. Late seroma after silicone breast implants: three different forms of presentation, evolution, and approach. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [internet] 2013 [citado 4 mar 2022]; 28(2):247-52. Disponible en: <http://www.rbc.org.br/details/1400/late-seroma-after-silicone-breast-implants--three-different-forms-of-presentation--evolution--and-approach>
6. Cuenca-Pardo J. Seroma, an alert of pathologies related to breast implants. *Cirugía Plástica* [internet] 2019 [citado 4 mar 2022]; 29(1):25-34. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/cplast/cp-2019/cpi191b.pdf>
7. Tamayo-Carbón A, Cairos-Báez J, Chong-López A, Alvarado-Salas R, Cedillo-López R. Seroma tardío posmastoplastia de aumento con implante. *Acta Médica* [internet]. 2019; 20(1). Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/8>
8. Nahabedian M, Gutowski KA. Complications of reconstructive and aesthetic breast surgery. *Uptodate* [internet] 2020 [citado 4 mar 2022]. Disponible: <https://www.uptodate.com/contents/complications-of-reconstructive-and-aesthetic-breast-surgery>
9. Pelc Z, Skórzewska M, Kurylcio A, Olko P, Dryka J, Machowicz P, et al. Current Challenges in Breast Implantation. *Medicina* 2021; 57:1214. Doi: <https://doi.org/10.3390/medicina57111214>
10. Wuest WL. Breast implant seroma in pregnancy. *Br. J. Plast. Surg.* 1992; 45:328.
11. Roth Forrest S, Gould Daniel J, Chike-Obi Chuma J, Bullocks-Jamal M. Late seroma during pregnancy, a rare complication in prosthetic breast augmentation: Case report. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* [internet] 2012 [citado 4 mar 2022]; 65(7):973-6. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S1748681511006395?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1748681511006395%3Fshoall%3Dtrue&referrer=https%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS1748681511006395>
12. Akali AU, McArthur PP. Complications of breast implants associated with pregnancy *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* [internet] 2008 [citado 4 mar 2022]; 61(11):1413-5. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1748681508005007.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
13. Steen K, Gauvin G, Meathrel K. Late seroma formation during pregnancy: Case report and review of the literature. *Plast Surg Case Studies* [internet] 2015 [citado 4 mar 2022]; 1(3):52-4. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2513826X1500100303>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mastitis: causas y manejo [internet]. Ginebra: WHO/FCH/CAH; 2000 [citado 4 mar 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66925/1/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf
15. Denar C, Inan A. Abscesos mamarios en mujeres lactantes. *World J Surg* 2003; 27:130-3.
16. Paricio Talayero JM. Diagnóstico y manejo de la mastitis en la madre lactante. Actualización. *E-lactancia.org* [internet] 2017 [citado 4 mar 2022]. Disponible en: https://www.e-lactancia.org/media/papers/Mastitis_Texto-CongrLM_Zar-Paricio.pdf
17. Espinola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez M, Paricio Talayero J. Mastitis. Puesta al día. *Comité de Lactancia Materna. AEP* [internet] 2016 [citado 4 mar 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

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



<https://www.auladae.com>

Inducción de lactancia en madres no gestantes

¹ Sara Jiménez Siles
¹ Juan Oropesa Roperó

¹ Matron/a. Hospital Clínico López Blesa. Zaragoza.

E-mail: sara51295@hotmail.es

Fecha de recepción: 5 de enero de 2022.
Fecha de aceptación: 2 de febrero de 2022.

Cómo citar este artículo:

Jiménez Siles S, Oropesa Roperó J. Inducción de lactancia en madres no gestantes. *Matronas Hoy* 2022; 10(1):28-34.

Resumen

Introducción: la lactancia inducida es un proceso mediante el cual una madre no gestante puede ser capaz de amamantar a un niño. Para ello existen diversos métodos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Objetivo: el objetivo de esta revisión bibliográfica fue evaluar los diferentes métodos utilizados para inducir la lactancia, así como las experiencias de las madres que realizaron el proceso.

Método: se llevaron a cabo búsquedas en diferentes bases de datos para la selección de estudios que hicieran referencia a métodos de inducción de lactancia y/o experiencias de mujeres que se sometieron a ellos. La revisión final incluyó un total de 13 artículos.

Resultados: en la mayoría de los casos se recurrió a métodos farmacológicos para la producción de leche, aunque parece ser imprescindible la estimulación de las mamas durante el proceso de inducción láctea.

Conclusión: es necesario mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los métodos de inducción y la adecuación de ellos según el caso. Pero para ello serían necesarios unos conocimientos más estandarizados sobre el tema.

Palabras clave: lactancia inducida; métodos; lactancia materna; adopción.

Abstract

Breastfeeding induction in non-pregnant mothers

Introduction: induced breastfeeding is a process through which a non-pregnant mother can be able to breastfeed a child. There are different methods to achieve this, both pharmacological and non-pharmacological.

Objective: the objective of this bibliographic review was to evaluate the different methods used to induce breastfeeding, as well as the experiences of the mothers who participated in the process.

Method: a search was conducted in different databases, in order to select studies which referred to breastfeeding induction methods and/or the experiences of women who underwent these. The final review included 13 articles in total.

Results: in the majority of cases, pharmacological methods were used for milk production, although breast stimulation seemed to be essential during the process of milk induction.

Conclusion: it is necessary to improve the knowledge of health-care professionals regarding the induction methods and their adaptation to each case. But to this aim, a more standardized knowledge about the matter would be required.

Key words: induced breastfeeding; methods; maternal breastfeeding; adoption.

Introducción

La lactancia materna se considera la mejor alimentación para el lactante. Los bebés que no son amamantados tienen más probabilidades de sufrir enfermedades infecciosas como gastroenteritis, enfermedades respiratorias e infecciones del oído medio que provocan un aumento de la hospitalización, la morbilidad y la mortalidad. Los bebés que no han sido amamantados tienen mayores tasas de diabetes, obesidad infantil y aumento de la enfermedad dental. Además, existe evidencia sobre el impacto negativo de no ser amamantado en el coeficiente intelectual y los resultados educativos y conductuales del niño¹⁻³.

La lactancia materna promueve el contacto físico frecuente con el lactante y la creación del vínculo afectivo, óptimo para su desarrollo. A la vez, hace que la madre experimente un gran sentimiento de satisfacción y autoestima¹.

La inducción de lactancia es un proceso por el cual una mujer que no ha estado embarazada y que no está amamantando a otro niño es capaz de producir leche. La lactancia inducida se utiliza en aquellas madres que quieren amamantar a hijos adoptados, en caso de embarazo subrogado, o en parejas del mismo sexo, en aquella madre que no ha gestado⁴.

La lactancia inducida se lleva a cabo en países en desarrollo, pero el motivo de su uso difiere de los anteriormente mencionado. En lugares sin acceso a agua potable, aquellos bebés que han perdido a sus madres no pueden ser alimentados con fórmula, por lo que es necesario el uso de este método⁵.

La prevalencia real de las mujeres que deciden hacer una inducción de la lactancia materna es difícil de determinar debido a la falta de estudios sobre el tema.

La inducción de lactancia y relactación ha ganado popularidad en España durante los últimos años. Esto es debido a las nuevas estructuras familiares, entre las que un niño entra a formar parte de la familia a través de adopción, embarazos subrogados o donación de espermatozoides⁶.

El 75% de las madres que intenta la relactación o lactancia inducida lo hacen para favorecer el vínculo afectivo con su hijo, y solo una cuarta parte por las ventajas de la leche materna. Pero además ocurre que el porcentaje de éxitos suele ser elevado. Más del 50% consigue retirar completamente los suplementos a los dos meses de comenzar el programa de relactación⁷.

Se diferencian dos etapas en la producción de leche. Estas están relacionadas con los procesos hormonales que ocurren durante el embarazo y el parto. Durante el embarazo, los estrógenos estimulan la proliferación y diferenciación de las glándulas mamarias y los conductos, mientras que la progesterona provoca el crecimiento de los lóbulos y alvéolos e inhibe la lactancia. En el momento del nacimiento se pro-

duce un brusco descenso de los niveles hormonales, con lo que la secreción de prolactina se desinhibe, aumentando su nivel y desencadenando la secreción de leche.

El amamantamiento del recién nacido ayuda a mantener la lactancia y se acompaña de la producción de oxitocina, que provoca la contracción del epitelio mamario y la expulsión de leche⁸.

En el caso de madres no gestantes que deseen amamantar a su hijo, y por tanto inducir la lactancia, se usan diferentes métodos cuyo objetivo principal es crear un estado hormonal similar al que ocurre durante el embarazo⁶.

Son escasas las revisiones que abordan este tema. Debido a la tendencia creciente de nuevos modelos de familia se considera adecuado y necesario realizar una búsqueda para ampliar conocimientos sobre las tendencias de tratamientos en la actualidad, con el fin de poder prestar unos cuidados basados en la evidencia y con la mejor calidad, que puedan adaptarse a situaciones especiales anteriormente mencionadas.

Metodología

Objetivo

El objetivo principal de esta revisión es conocer los diferentes métodos no farmacológicos y farmacológicos utilizados para inducir la lactancia materna, pudiendo así ampliar los conocimientos sobre el proceso de la inducción de la lactancia y prestar mejores cuidados. Otro objetivo se centrará en conocer las experiencias vividas por las mujeres no gestantes que deciden realizar una inducción de lactancia.

Fuentes consultadas

1. Guías de práctica clínica: Guía Salud
2. Revisiones sistemáticas/ETS: Cochrane/Epistemonikos/Trip/PubMed.
3. Metabuscadores: Trip/PubMed/Epistemonikos.
4. Bases de datos bibliográficas: CINAHL/CUIDEN/PubMed/Scielo/LILACS.

Para la estrategia de búsqueda se llevaron a cabo combinaciones de las siguientes palabras clave y términos de encabezados de temas médicos (MeSH): "*induced lactation*", "*methods*", "*breast feeding*", "*adoption*", usando para ello los descriptores booleanos "*AND*" y "*OR*". Se añadió un limitador de cinco años atrás para la búsqueda de estudios.

Criterios de selección

Se incluyeron los artículos publicados en los últimos seis años, para contar con la evidencia más actual. Los criterios

de exclusión fueron: no estar escritos en inglés o español, *letters*, no centrarse exclusivamente en la inducción de lactancia o ser estudios realizados en animales. La selección de los artículos se presenta en la Figura 1.

Selección de estudios

Los artículos seleccionados debían contener información sobre los métodos no farmacológicos y/o farmacológicos para inducir la lactancia. Inclusive se seleccionaron artículos que abordaran las experiencias de las mujeres sobre el tema. Como resultado de la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 217 artículos y finalmente fueron seleccionados 13 trabajos. Los motivos de exclusión del resto de artículos fueron que algunos de estos no aportaban información sobre métodos

utilizados para inducir la lactancia, eran estudios efectuados en animales, no estaban escritos en español o inglés, eran *letters* o no tenían acceso al texto completo.

Los títulos y resúmenes se examinaron para determinar su elegibilidad, de acuerdo con los criterios descritos anteriormente. Los textos completos de manuscritos potencialmente elegibles fueron recuperados para un examen más detallado y finalmente, tras una lectura crítica, ser seleccionados. Los 13 artículos escogidos se presentaron en formato tabla clasificándolos según el año de publicación, la situación familiar (adopción, subrogación o parejas de dos mujeres), el diseño de estudio, la procedencia del estudio y los métodos utilizados para la inducción (Tabla 1).

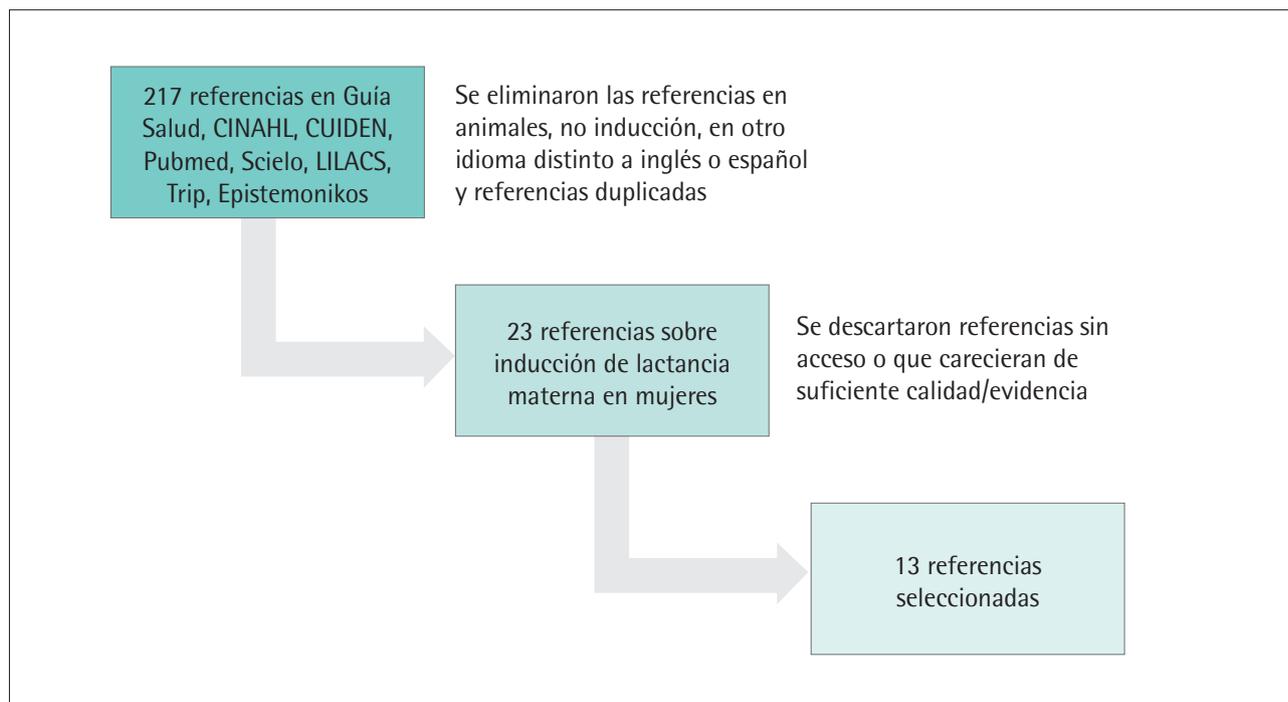


Figura 1. Esquema flujo de la búsqueda bibliográfica realizada

Tabla 1. Estudios seleccionados					
Autores y año de publicación	Situación	Diseño de estudio	Procedencia de estudio	Métodos utilizados	Tipo de lactancia
Cazorla-Ortiz (2018)	Adopción, subrogación, parejas de dos mujeres	Revisión bibliográfica	España	Estimulación y hierbas galactogogas	

Tabla 1. Estudios seleccionados (continuación)

Autores y año de publicación	Situación	Diseño de estudio	Procedencia de estudio	Métodos utilizados	Tipo de lactancia
Wilson et al. (2015)	Adopción	Case Report	USA	Tres meses antes del parto drospirenona/etinil estradiol, 3 mg/0,03 mg durante ocho semanas. Tras ello, estimulación y galactogogos	Lactancia materna no exclusiva hasta los siete meses
Cazorla-Ortiz et al. (2020)	Adopción, subrogación, parejas de dos mujeres	Cualitativo descriptivo	España	Galactogogos y estimulación. Además de tto. hormonal en la mayoría de casos	Exclusiva o mixta según la participante
López et al. (2018)	Gestación subrogada	Case Report	España	Drospirenona a 3 mg y etinilestradiol 0,03 mg a partir de la sem. 12 de embarazo, más domperidona a 10 mg/6 h la primera semana, 20 mg/6 h a partir de la segunda semana. Continuó hasta 8 semanas antes del parto. Luego mantuvo domperidona y estimulación	Lactancia mixta hasta los 10 meses
Cazorla-Ortiz et al. (2020)	Adopción, subrogación, parejas de dos mujeres	Revisión bibliográfica	España	Galactogogos y estimulación. Además de tto. hormonal en la mayoría de casos	Exclusiva o mixta según la participante
Zingler et al. (2017)	Embarazo subrogado	Case Report	Brasil	Galactogogos y estimulación	Mixta cuatro semanas
Farhadi y Philip (2017)	Embarazo subrogado	Case Report	Iran	Galactogogos y estimulación	Mixta
Juntereal y Spatz (2020)	Parejas de dos mujeres	Cualitativo	USA		
Trautner et al. (2020)		Transversal	Argentina		
García et al. (2020)		Revisión bibliográfica	España	Tratamiento hormonal, galactogogos y estimulación	
Lafont (2015)	Adopción, embarazo subrogado	Revisión bibliográfica	Cuba	Estimulación	
Reisman y Goldstein (2018)	Parejas de dos mujeres	Case Report	USA	Tratamiento hormonal, galactogogos y estimulación	Lactancia exclusiva seis semanas. Mixta seis meses
Foong et al. (2020)		Revisión sistemática	Malasia	Galactogogos farmacológicos y naturales	

Resultados

Métodos para la inducción de lactancia

La lactancia puede ser inducida mediante métodos no farmacológicos (estimulación manual de los pechos, utilización de sacaleches o succión por el bebé) o métodos farmacológicos, mediante la administración de hormonas (progesterona y estrógenos) y/o galactogogos.

Métodos no farmacológicos

En la revisión de Cazorla-Ortiz^{4,9} se recoge como exitosa la aplicación exclusivamente de la estimulación de los pechos. En este caso todas las mujeres procedentes de Nigeria produjeron suficiente leche como para alimentar a sus hijos adoptados. Todas las participantes habían ofrecido lactancia a sus anteriores hijos. En todos los casos la lactancia se inició mediante succión directa del bebé al menos 10 veces al día durante 10 minutos cada pecho. Las participantes comenzaron a producir leche a los 13-18 días de iniciar la estimulación y tras 21-28 días lograron conseguir lactancia exclusiva en todos los casos.

Métodos farmacológicos

- Tratamiento combinado con hormonas: el objetivo de este tratamiento con estrógeno y progesterona es producir un estado hormonal similar al embarazo en la mujer. Las hormonas provocan cambios en el tejido mamario, pero impiden la lactancia hasta su retirada, simulando un estado hormonal similar al embarazo y parto.

En uno de los estudios incluidos, las pacientes comenzaron a tomar tratamiento hormonal combinado tres meses antes de la fecha probable de parto. Se mantuvo el tratamiento durante ocho semanas. El tratamiento administrado fue drospirenona/etinilestradiol, 3 mg/0,03 mg y domperidona. Después de la última dosis comenzaron a estimular el pecho con sacaleches durante 15 minutos cuatro veces al día, a la vez que bebían té de fenogreco⁹. En estudios realizados con el mismo tratamiento, las participantes, entorno al 12^o, comenzaron a producir gotas de leche, consiguiendo una producción máxima de 64 ml/día una de las madres⁵.

Esta misma dosis (drospirenona a 3 mg y etinilestradiol a 0,03 mg) fue utilizada en otro estudio, en una mujer que estaba realizando una gestación subrogada y quería amamantar a su bebé. En este caso en la 12^a semana de gestación se inició la pauta de anticonceptivo a dosis diaria, sin interrupción, y domperidona a 10 mg/6 h la primera semana, se aumentó a 20 mg/6 h a partir de la segunda semana. Se continuó con esta misma pauta hasta ocho semanas antes de la fecha prevista de parto. En ese momento se suspendió la toma del anticonceptivo oral, manteniendo la domperidona a la misma dosis. Se inició la

estimulación de los pechos con un sacaleches doble eléctrico. Durante dos semanas se realizó solamente estimulación diurna, diez minutos por pecho cada tres horas. Después, y hasta el parto, se estimuló además durante la noche. Progresivamente llegó a conseguir una producción de 80 ml en cada extracción. El tratamiento con domperidona se mantuvo durante cinco meses tras el parto, con una retirada progresiva posteriormente. Mantuvo una lactancia mixta durante 10 meses¹⁰.

Un estudio se basó en diferentes tratamientos en función de si las madres dieron lactancia anteriormente. Todas las participantes usaron sacaleches para la estimulación del pecho, pero a aquellas que no habían amamantado anteriormente se les administró 2,5-40 mg de progesterona no androgénica y entre 0,05-0,4 mg de estrógenos 12-28 semanas antes del inicio de la estimulación. El tratamiento fue suspendido al menos 24-48 horas antes de comenzar la estimulación del pecho⁹.

En otro trabajo que también diferenciaba el tratamiento según la lactancia previa, a las mujeres que no habían amamantado previamente se les administró una inyección intramuscular de 100 mg de medroxiprogesterona una semana antes del comienzo de estimulación de las mamas y clorpromazina 25 mg/4 veces al día hasta que la lactancia estaba bien establecida. Las participantes que habían amamantado previamente recibieron clorpromazina, 25 mg/4 veces al día, o metoclopramida, 10 mg/4 veces al día, hasta que la lactancia estuvo bien establecida. Ambos grupos estimularon los pechos a través de la succión frecuente del niño⁹.

- Oxitocina intranasal: una pequeña muestra de los estudios utilizó spray de oxitocina intranasal. Se reportó que la producción de leche fue más frecuente en aquellas que la habían empleado junto con la estimulación de pecho.
- Galactogogos: el medicamento más ampliamente empleado en los estudios revisados fue la metoclopramida, un antagonista de la dopamina. Las dosis variaban en un rango entre 20-80 mg por día, y una baja dosis (5 mg/día) podía ser mantenida mientras se amamantaba⁹. Existen casos de inducciones de lactancia con el uso únicamente de galactogogos y estimulación de pecho^{11,12}. Los suplementos herbolarios con efecto galactogogo son a veces empleados en combinación con la estimulación de pecho incluso sin ningún otro fármaco (fenogreco, cardo bendito, alfalfa, canela)¹².

Duración de la lactancia tras lactancia inducida

Se recogen mejores resultados en países de medios y altos ingresos. Se recopilan datos desde lactancia de 1 mes hasta 4 años. En países en desarrollo la duración fue de entre 4-12 meses^{5,9}.

Se considera inducción de lactancia exitosa como aquella con la que se consigue secreción láctea, aunque la cantidad producida sea insuficiente para realizar una lactancia exclusiva. El éxito parece estar más relacionado con la satisfacción de las madres y su sentimiento de autorrealización que con la cantidad de leche producida o la duración de la lactancia.

Entre los factores clave asociados a la satisfacción materna se encontraron:

- El apoyo y soporte dado por los profesionales sanitarios, parejas, familia y amigos. Los profesionales de la salud desempeñan un papel clave en el proceso de información y asesoramiento a mujeres que no han estado embarazadas con respecto a los diferentes métodos para amamantar a sus hijos. Es importante tener en cuenta las prioridades de la mujer y la particularidad de la configuración familiar. Aquellas madres que estaban motivadas y tenían confianza en ellas mismas y habían sido bien informadas sobre el proceso consiguieron más frecuentemente el objetivo⁹.

Un estudio cualitativo desarrollado en Estados Unidos realizó entrevistas a parejas de mujeres lesbianas que amamantaban a sus hijos. En la entrevista se obtuvieron los siguientes resultados. En cuanto a las fuentes de información, todos los informantes acudieron a su matrona u obstetra-ginecólogo. La mayoría de ellas sintió que no obtuvo una adecuada información sobre lactancia y tuvo que recurrir a otros medios para conseguir información. Además, añadían que la mayoría de los sanitarios tenía un conocimiento limitado sobre la lactancia inducida y la colactancia. Las madres no gestantes que realizaron lactancia inducida experimentaron el proceso con sentimiento positivo. Aunque todas las madres coincidieron en que el apoyo y conocimiento de los profesionales sanitarios se podría mejorar para prestar un mejor servicio en estas situaciones¹³.

Otra investigación realizada por la Universidad de Barcelona recogió las experiencias de mujeres españolas que habían adoptado a un niño, embarazo subrogado o parejas del mismo sexo que quisieran dar el pecho. La mayoría de las mujeres tuvo que recurrir a internet para obtener información, ya que el soporte recibido por sus matronas o enfermeras fue inadecuado. Las dudas sobre los resultados del proceso y la lentitud en conseguirlos también son percibidas como factores no favorecedores y fuentes de estrés. A estos obstáculos hay que sumarles también los desafíos físicos, por los efectos secundarios de galactogogos, molestias en pecho por la continua estimulación, problemas de agarre del recién nacido, etc. La mayoría de las participantes expresó que el proceso para conseguir la inducción de lactancia materna puede causar estrés en ocasiones. Pero todas estuvieron de acuerdo en que el proceso mereció la pena para amamantar a sus hijos⁶.

Discusión

El efecto de los galactogogos sobre la producción de leche es un tema bastante controvertido. Son numerosos los estudios que se plantean su efectividad¹¹.

Una revisión sistemática comparó el uso de galactogogos orales con placebo o no tratamiento.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la ganancia ponderal en niños amamantados con leche materna exclusiva *versus* lactancia materna más galactogogos farmacológicos.

Sin embargo, metoclopramida, domperidona y sulpirida, en las dosis probadas, probablemente sean eficaces para aumentar el volumen de leche (calidad de evidencia baja). No pudieron analizar los efectos adversos por falta de información de los estudios.

Existe baja evidencia sobre que los galactogogos naturales puedan aumentar el peso del lactante, el volumen de leche y reducir el uso de fórmulas suplementarias. Los efectos adversos también se informaron de manera deficiente aquí, y, por lo tanto, no se pudo comentar sobre el riesgo de efectos adversos con galactogogos naturales¹⁴.

Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre inducción de lactancia van dirigidos a mujeres que han nacido con sexo femenino, ya sea hacia aquellas que hayan pasado por un proceso de adopción, embarazo subrogado o parejas del mismo sexo. Existen también estudios, aunque escasos, sobre inducción de lactancia en mujeres trans, que reivindican su deseo de amamantar a sus hijos y la falta de conocimiento sobre el proceso.

La lactancia materna está emergiendo como un importante derecho reproductivo. Es amplio el desconocimiento de los profesionales sobre el manejo de lactancia en mujeres trans. Existe interés por parte del personal sanitario en aumentar la formación en este aspecto y crear protocolos adaptados para su aplicación¹⁵.

Aunque los individuos trans han experimentado un progreso significativo en su aceptación social, el estigma y la discriminación persisten, incluido en los servicios sanitarios. Por este motivo, las matronas necesitan más formación sobre cómo apoyar a los pacientes trans en sus aspectos reproductivos.

Las mujeres trans, generalmente, deciden someterse a tratamientos hormonales con estrógeno, con la finalidad de conseguir un incremento de volumen mamario y feminización. El tejido mamario que se desarrolla, usando la hormona estrógeno estándar, es radiográfica e histológicamente indistinguible de la de cualquier mujer cisgénero. Los cambios tisulares derivados de la terapia hormonal con altos niveles de estrógenos permiten el desarrollo de conductos galactóforos, lóbulos y alvéolos. De esta forma, el volumen glandular aumenta, resultando ser idéntico que el de una mujer cisgénero.

La capacidad para inducir la lactancia en una mujer trans se consigue de la misma manera que cualquier otra lactancia

inducida, con el uso de medicación y estimulación de mamas^{16,17}.

En el estudio de Reisman y Goldstein¹⁸ una mujer de 30 años transgénero interesada en amamantar a su hijo fue capaz de realizar una lactancia exclusiva durante seis semanas. Como parte del proceso de inducción de lactancia comenzó un tratamiento con domperidona, estradiol, progesterona y estimulación de mamas unos tres meses y medio antes del nacimiento del bebé, con lo que consiguió su objetivo de poder ofrecer lactancia materna a su hijo.

Conclusión

Son diversos los métodos que existen para inducir la lactancia materna, aunque aún no existe un protocolo específico sobre métodos para ello y son escasas las revisiones sistemáticas realizadas en este ámbito. Se debe resaltar además la falta de estudios sobre inducción de lactancia materna en mujeres trans. En esta sociedad con modelos familiares cada vez más diversos parece necesario ampliar los conocimientos sobre los métodos más adecuados para inducir la lactancia materna en este tipo de población, ya que la lactancia materna se concibe como un derecho reproductivo en ellas también.

En la actualidad, la mujer que desea someterse a este tipo de proceso lo hace siguiendo recomendaciones particulares de su proveedor sanitario o incluso a veces información conseguida desde otros medios como internet, existiendo divergencia de tratamientos entre las mujeres, sin realmente saber si conlleva diferencia en los resultados. Existe, por tanto, una falta de consenso sobre los posibles métodos a utilizar. Se necesitan estudios que permitan ampliar los conocimientos sobre la lactancia materna inducida, concluyendo cuál es o cuáles son los mejores procesos a seguir, planteando un tratamiento estandarizado y estudiando en profundidad los efectos secundarios que pueden aparecer en las mujeres.

Del mismo modo, dado el importante esfuerzo tanto físico como psicológico que supone la inducción de lactancia en la mujer, debería contar durante todo el proceso con el apoyo y supervisión de su matrona o persona sanitaria de referencia. Para ello, es necesaria la formación de los profesionales en este ámbito, para que puedan prestar la mejor atención y unos cuidados basados en la mejor evidencia científica.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017.
2. Balogun O, O'Sullivan E, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Nov 9; 11(11):CD001688.
3. World Health Organization (WHO). Alimentación del lactante y del niño pequeño [internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2 feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
4. Cazorla-Ortiz G. Métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna en adopción, subrogación y en la madre no gestante en parejas lesbianas: revisión bibliográfica. *Musas*. 2018; 3(1):38-56.
5. Wilson E, Perrin M, Fogleman A, Chetwynd E. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact*. 2015; 31(1):64-7.
6. Cazorla-Ortiz G, Galbany-Estragués P, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Understanding the challenges of induction of lactation and relactation for non-gestating Spanish mothers. *J Hum Lact*. 2020; 36(3):528-36.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP. 2005; (5).
8. Sriraman N. The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47(12):305-10.
9. Cazorla-Ortiz G, Obregón-Gutiérrez N, Rozas-García M, Goberna-Tricas J. Methods and success factors of induced lactation: A scoping review. *J Hum Lact*. 2020; 36(4):739-49.
10. López L, Serrano A, Crespo C. Inducción de la lactancia sin gestación. *Pediatr aten primaria*. 2018; 20(80):113-5.
11. Zingler E, Amato A, Zanatta A, Vogt Mdf, Wanderley MdS, Mariani N. Lactation induction in a commissioned mother by surrogacy: Effects on prolactin levels, milk secretion and mother satisfaction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 19(2):86-9.
12. Farhadi R, Philip R. Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: A novel approach and review of literature. *Breastfeed Med*. 2017; 12(6):373-6.
13. Juntreal N, Spatz D. Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth*. 2020; 47(1):21-8.
14. Foong S, Tan M, Foong W, Marasco L, Ho J, Ong J. Oral galactagogues (natural therapies or drugs) for increasing breast milk production in mothers of non-hospitalised term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020.
15. Trautner E, McCool-Myers M, Joyner A. Knowledge and practice of induction of lactation in trans women among professionals working in trans health. *Int Breastfeed J*. 2020; 15(1).
16. García J, San Juan R, Fernández A, Lorenzo N, Castro-Peraza M. Trans* pregnancy and lactation: A literature review from a nursing perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 17(1):44.
17. Lafont J. Lactancia masculina inducida. *Revista Cubana de Pediatría*. 2015; 87(4):487-98.
18. Reisman T, Goldstein Z. Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgend Health*. 2018; 3(1):24-6.

¹ María Molina Sánchez
² M^a Dolores Pozo Cano*
³ Encarnación Martínez García*
⁴ M. Ángeles Pérez Morente*

Esterilidad en la pareja

¹ Enfermera. Hospital Josep Trueta Girona.

² Matrona, Doctora, Departamento de Enfermería. Universidad de Granada

³ Matrona, Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital de Guadix (Agencia Pública Hospital de Poniente)

⁴ Enfermera. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén

* Grupo de investigación Gestión y Cuidados en Salud. Código CTS 1021

E-mail: pozocano@ugr.es

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2021.

Fecha de aceptación: 7 de marzo de 2022.

Cómo citar este artículo:

Molina Sánchez M, Pozo Cano MD, Martínez García E, Pérez Morente MA. Esterilidad en la pareja. *Matronas Hoy* 2022; 10(1):35-44.

Resumen

Introducción: la esterilidad es un problema importante de Salud Pública, que afecta entorno al 10% de parejas en el mundo. Suele ser originada por una baja calidad de vida, enfermedades fisiológicas, estrés o problemas hormonales, y puede desencadenar consecuencias psicológicas graves para la pareja.

Objetivo: analizar las consecuencias de la esterilidad en la pareja.

Metodología: revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cinahl y Scopus, utilizando términos DeCS enlazados con los booleanos AND y NOT. La búsqueda se limitó a artículos publicados de 2010 a 2021, seleccionándose 17 artículos.

Resultados: en ambos miembros de la pareja predomina la tristeza, la ansiedad y la depresión. Sobre la mujer suele recaer el peso y la responsabilidad de la esterilidad, independientemente de la cultura, pero en aquellas que viven en países en desarrollo suele ser mayor y disminuye aún más su calidad de vida.

Las enfermeras refieren tener pocos conocimientos acerca de las consecuencias de la esterilidad, por lo que necesitan nuevos recursos y habilidades para ayudar a afrontarlo en caso de necesidad, por carecer de matronas que son las profesionales competentes en este asunto, como en todos los relacionados con la salud sexual y reproductiva de la mujer. Para las parejas es un proceso costoso en el ámbito emocional y precisan ayuda externa de un profesional.

Conclusiones: las parejas estériles sufren consecuencias negativas causadas por la esterilidad y diferentes factores, como los aspectos socioeconómicos y culturales, afectan en que los efectos de esta sean más o menos leves. Es por esto por lo que la matrona, profesional especializado en salud sexual y reproductiva de la mujer, puede ayudar a proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a los pacientes con este problema de Salud Pública.

Palabras clave: esterilidad masculina; esterilidad femenina; esterilidad pareja; consecuencias esterilidad; factores psicosociales; cambios emocionales; matrona.

Abstract

Infertility in the couple

Introduction: infertility is an important public health problem, which affects around 10% of couples in the world. It is usually generated by a low quality of life, physiological conditions, stress or hormonal problems; and it can trigger severe psychological consequences for the couple.

Objective: to analyse the consequences of infertility in the couple.

Methodology: a bibliographical review in the PubMed, Cinahl and Scopus databases, using DeCS terms linked with the Boolean AND NOT. The search was limited to articles published from 2010 to 2021, and 17 articles were retrieved.

Results: there was a prevalence of sadness, anxiety and depression in both members of the couple. The burden and responsibility of infertility will usually fall on the woman, regardless of culture, but this was typically higher in women living in developing countries, and led to a further reduction in their quality of life.

Nurses have reported limited knowledge about the consequences of infertility, and therefore they need new resources and skills to help coping with it in case of need, when there is lack of midwives as the professionals competent in this and all matters associated with female sexual and reproductive health. This is an emotionally taxing process for couples, and external professional health is required.

Conclusions: infertile couples suffer the negative consequences of infertility, and different factors such as socioeconomic and cultural aspects will determine the intensity of these effects. That is why the midwife, as a professional specialized in female sexual and reproductive health, can help to provide quality healthcare to patients with this public health problem.

Key words: male infertility; female infertility; couple infertility; infertility consequences; psychosocial factors; emotional changes; midwife.

Introducción

"Ese incómodo momento, en que te das cuenta que ni si quiera puedes hacer eso que es tan natural". Sentimientos de una pareja.

Dentro del contexto actual de pareja se puede entender que una de las motivaciones principales para afianzar la familia puede ser el procrear. Es normal que dicha meta se planifique cuando haya una estabilidad financiera, laboral y emocional, y una vez conseguidos estos logros la pareja se plantea el concebir su futura criatura. El momento en que la pareja se da cuenta de que el camino para alcanzar su objetivo se complica, es el punto de partida de lo que puede ser un arduo y duro proceso en el que el acompañamiento es fundamental, por lo que se debe formar y asistir en lo que hoy en día se ha convertido en un problema importante de la Salud Pública: la esterilidad.

La esterilidad es definida como la imposibilidad de conseguir un embarazo natural tras un periodo de tiempo, que queda determinado por la edad de la mujer, de relaciones sexuales regulares y sin medidas anticonceptivas¹. En mujeres menores de 35 años se considera esterilidad tras mantener relaciones sexuales durante 12 meses sin protección, para aquellas de entre 35 y 40 años de edad, tras haber transcurrido seis meses y para las mujeres mayores de 40 años, cuando existe la incapacidad de concebir después de tres meses².

Si se habla de las causas de la esterilidad, el origen puede estar en la mujer (entre un 45% y un 65% de todos los casos) o bien en el hombre (entre un 25% y un 45%). Así mismo, las causas pueden ser mixtas, es decir, ser un problema de ambos miembros (en un 10%)³. Dicho problema de Salud Pública afecta entre el 8 y el 10% de las parejas en edad reproductiva en todo el mundo. Estando un 25% de estas parejas localizadas en la India. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un cuarto del total de las parejas que viven en países en vías de desarrollo se ve afectada por la esterilidad⁴. Se puede entender que los principales causantes de que existan estos porcentajes de esterilidad son la baja calidad de vida (sedentarismo, sobrepeso, hábitos tóxicos...), el estrés laboral, la inestabilidad, la edad avanzada de la mujer a la hora de procrear, enfermedades fisiológicas, problemas hormonales y metabólicos e infecciones^{2,4}.

En relación a las consecuencias que conlleva este problema, las expectativas que las personas tienen de ellas mismas, de su cuerpo y de sus relaciones se pueden ver afectadas. Al igual que se puede producir una pérdida de la autoestima y de la salud. Estas personas necesitan apoyo y ayuda profesional, ya que saber que tienen este problema puede producir sentimiento de culpa, ira, depresión y además la pérdida de autoestima, salud y seguridad⁵. En estos casos la resiliencia, que hace que las personas tengan una alta autoestima, confíen en ellos mismos y tengan una mayor capacidad para

resolver problemas, puede hacer que aminore el impacto psicológico de la esterilidad⁶.

El origen de este trabajo se debe a que la esterilidad es un problema bastante común, poco conocido y con consecuencias más allá del mero hecho de la no procreación, por lo que se puede considerar importante poner énfasis en dicha disfunción, ámbito de actuación de la matrona en principio, por ser un problema de la esfera de la salud reproductiva, aunque su resolución tenga que ser coparticipada por un equipo multidisciplinar.

Objetivos

El objetivo general de esta revisión bibliográfica es analizar las consecuencias de la esterilidad en la pareja.

Los objetivos específicos son:

- Determinar cómo afecta la esterilidad emocionalmente a ambos miembros de la pareja.
- Analizar los aspectos socioeconómicos y culturales que afectan a la pareja con problemas de esterilidad
- Conocer las habilidades y necesidades de las matronas para afrontar las consecuencias de la esterilidad en la pareja.

Metodología

La siguiente revisión se realizó haciendo una búsqueda en las diferentes bases de datos: PubMed, Cinahl y Scopus. Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) utilizados fueron "esterilidad" y "tratamiento" y los MeSH fueron "*infertility, female*", "*infertility, male*" y "*treatment*". Enlazados estos por los siguientes operadores booleanos *AND* y *NOT*, empleados de la siguiente forma: *Infertility AND Female AND Male*, añadiendo en algunas ocasiones *NOT Treatment* para concretar la búsqueda.

Los criterios de exclusión empleados han sido diferentes en cada una de las bases de datos. En PubMed se seleccionaron artículos en español o inglés, texto completo gratis, de los últimos cinco años y que fueran en humanos. En Cinahl se escogieron aquellos con texto completo gratis, que estuvieran en español o inglés y fueron escritos a partir de 2010. Y en Scopus que estuviera el idioma en inglés o español, de los últimos cinco años y que tuviera acceso libre al texto completo (Figura 1 y Anexo 1).

Resultados y discusión

Tras la búsqueda en las diferentes bases bibliográficas se seleccionaron 12 artículos, en los que se hace referencia a las consecuencias psicológicas de la esterilidad en hombres,

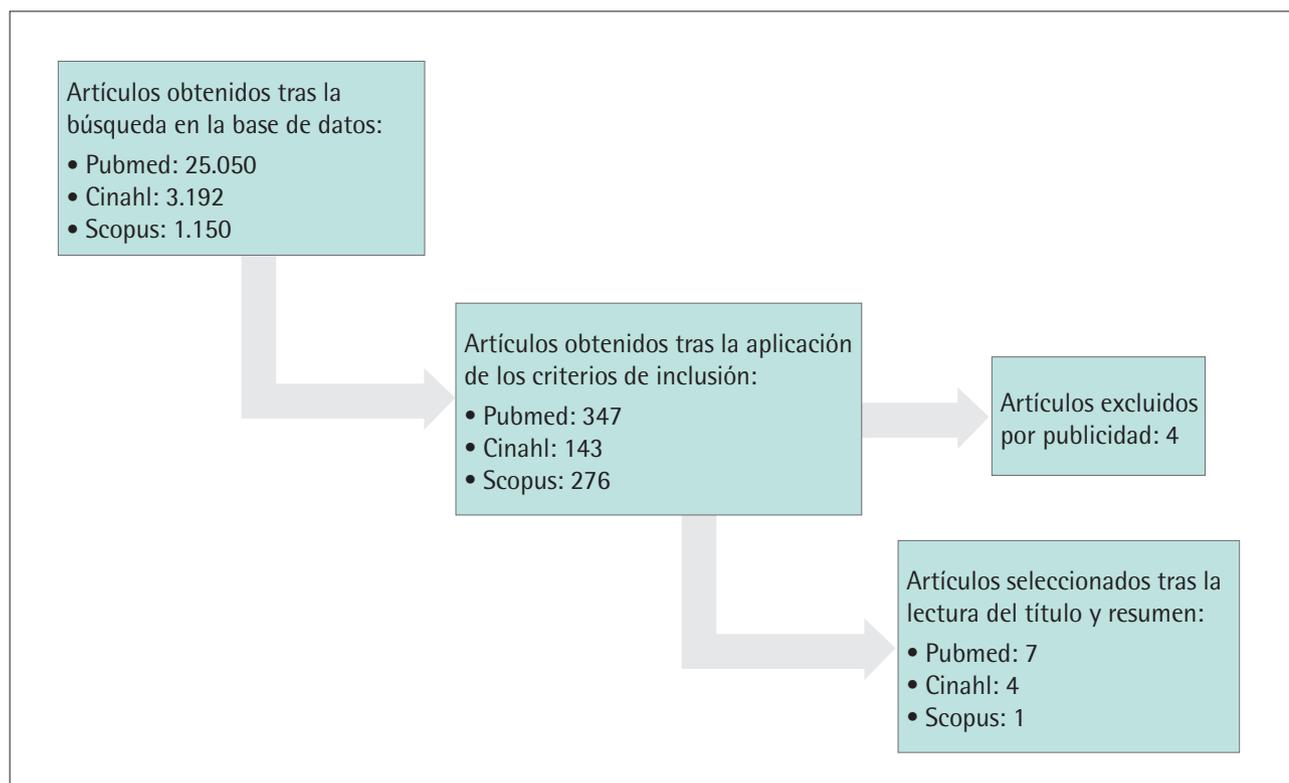


Figura 1. Selección de artículos

mujeres o en la pareja, en diferentes países y ámbitos socioculturales.

En estos artículos se aprecian consecuencias negativas causadas por la esterilidad. Se ha podido observar cómo afecta tanto a aspectos biológicos como a económicos y sociales, produciéndose de esta forma una disminución de la salud y de la calidad de vida de las parejas.

La esterilidad es la causa de que en ambos miembros predominen emociones como la tristeza y la ansiedad⁷, causando, además, depresión moderada-severa, miedo y un alto nivel de angustia psicológica, apareciendo a su vez sentimientos de inutilidad, frustración, disminución de la autoestima y aislamiento⁸.

El hecho de formar parte de una misma pareja no significa que ambos miembros vayan a presentar las mismas consecuencias psicológicas. Aunque las experiencias negativas las sufren tanto los hombres como las mujeres, estas suelen presentar niveles de ansiedad y de angustia ligeramente mayores que los varones. Entre sus sentimientos negativos se resalta la tristeza y una baja autoestima. Sin embargo, la angustia del hombre no lo es tanto por la esterilidad en sí, sino por el sufrimiento que ve en su pareja. La mayoría de ellos sienten la responsabilidad de ayudar a mejorar el estado de ánimo de su cónyuge, dependiendo su autoestima del logro de dicha mejoría, por lo que la incapacidad de

mejorar esta situación hace que aparezca en algunos casos estrés que puede llevar a la impotencia sexual⁹.

Fairweather-Schmidt et al.¹⁰ estudiaron las diferencias emocionales entre las personas que conviven con el problema de la esterilidad y las que no, se aprecia mayor nivel de ansiedad en mujeres y mayor depresión en hombres. Estos datos son complementados con la información obtenida por Lakatos et al.¹¹ que comparaban también un grupo estéril y otro fértil, pero en este caso solo de mujeres. Se obtuvo que un 37,3% de mujeres con problemas de fertilidad tenía depresión y ansiedad, mientras que el porcentaje de mujeres fértiles que los padecía fue de un 17,6%, por lo que se puede apreciar que es mayor el nivel de depresión y ansiedad en el grupo de mujeres estériles que en el de las fértiles.

En diferentes estudios se ha obtenido como resultado que las mujeres tienden a buscar mayor apoyo psicológico que los hombres. Estas exteriorizan y expresan abiertamente sus sentimientos y tienen mayor salud social. Uno de los apoyos más importantes para ellas suele ser el materno, que hace que disminuyan los niveles de estrés. En los varones, al no expresar sus emociones, aumenta la ansiedad y a largo plazo suelen presentar problemas por falta de ayuda, por lo que aparecen niveles altos de depresión y baja satisfacción con la vida^{9,11-13}. Aunque la base principal de ambos para afrontar esta situación recae en sus parejas⁷.

Exteriorizar sus sentimientos no solo depende del género, sino que también influye otra variable, como es la educación. Las parejas con mayor nivel de estudios suelen recurrir antes a pedir ayuda. Esto se debe en parte al miedo que tienen las personas con una menor educación a no comprender la información que se les da, a ser etiquetados, así como al coste económico que le puede suponer¹⁴.

Es importante destacar un factor que influye favorablemente en las parejas, la resiliencia. Esta capacidad psicológica es mayor en hombres que en mujeres, pero consigue ayudar a ambos sexos⁶. En una investigación de Li et al.¹⁵ de mujeres chinas, se demostró que la resiliencia les ayudaba a disminuir el estrés y mejorar la calidad de vida.

La edad es otro de los factores que influye en el estado psicológico y aunque no se haya conseguido estudiar con precisión cómo afecta esta a las parejas estériles, Cusatis et al.¹² obtuvieron en su estudio que personas de mayor edad suelen presentar mayor bienestar, por lo que se puede asociar esto a una mayor salud mental con el paso de los años.

Otros factores importantes que influyen en la situación emocional de la pareja son la cultura del país en el que viven y la estabilidad económica. En los países en desarrollo, se puede observar una discriminación ocasionada por el peso de la procreación, ya que sobre los hombres no recae la culpa de la esterilidad que en su mayoría pasa a ser responsabilidad de las mujeres, de esta manera aumenta la depresión y disminuye la calidad de vida de ellas¹⁶. Por el contrario, Bhamani et al.⁶ estudiaron que el género masculino también es afectado por factores culturales, al ser deshonrados, estigmatizados y cuestionándose las características y cualidades morales particulares del varón.

En las culturas árabes, como es en el caso de Jordania, el apoyo social recibido suele ser moderado-alto por parte de la familia, pero bajo por parte de amigos, ya que por miedo a ser juzgados prefieren no exteriorizarlo. En estas culturas tiende a caer la culpa sobre la mujer, además, para ellas tener hijos y criarlos es muy importante para su condición, llegando a disminuir su bienestar y satisfacción¹⁶.

Por otro lado, Chaves et al.⁹, que centraron su estudio en 67 parejas de Portugal de zona urbana y con estudios, detectaron que a pesar de estar muy valorada la paternidad tanto para hombres como para mujeres, el impacto de la esterilidad recaía principalmente en las mujeres, apareciendo una ligera mayor ansiedad en estas.

De esta forma, tras comparar dos países con gran diferencia respecto a su desarrollo, se puede identificar que en ambos recae el mayor peso sobre el género femenino, aunque en países con menor progreso ya no solo producen sentimiento de ansiedad, sino que llega a disminuir su calidad de vida y su bienestar psicológico.

Además, al principio las parejas jordanas se muestran optimistas, ya que creen que la incapacidad de tener hijos va a ser algo temporal, por la falta de conocimientos, pero con el paso del tiempo, comienza a aumentar la tristeza y el desánimo, puesto que no está permitido en este tipo de culturas el embarazo por técnicas de reproducción asistida, y comienzan así a ser realmente conscientes de la situación¹⁶.

Anokye, et al.⁸ realizaron un estudio en el Hospital St. Michaels en Jachie-Pramso, situado en África, aquí se puede apreciar cómo las parejas estériles son tratadas con desprecio y deshonra por la sociedad, son víctimas de abusos tanto verbales como físicos y excluidas socialmente, lo que conlleva una baja autoestima, frustración y desaliento. Además, se puede apreciar cómo influye de forma negativa la esterilidad en parejas que viven en países en desarrollo.

Karin Hammarberg¹⁷ apreció que, para la enfermería, la esterilidad es un tema poco tratado durante su paso por la universidad, las profesionales refieren tener una falta de conocimiento y confianza para hablar de la fertilidad con los pacientes, por lo que se convierte en un tema tabú para estas profesionales. Las principales afectadas son las enfermeras de Atención Primaria, ya que tienen que afrontar este tema de una forma más habitual en el caso de que no existan matronas en el centro. Debido a esto se han comenzado a dar acceso a cursos y a recursos educativos y se les proporciona apoyo de los médicos para empezar a afrontar el tema de la esterilidad con los pacientes, aunque no sea un tema de su competencia, sino de las matronas.

Limitaciones del estudio

Los hallazgos de este estudio han sido limitados, puesto que la mayoría de artículos encontrados son de personas y parejas estériles de países en desarrollo, sin encontrar los suficientes de países ya desarrollados. Además, en gran parte de estos la muestra es homogénea, no estudiando de forma amplia y extensa todos los aspectos de la pareja que se pueden ver afectados por la esterilidad.

Implicaciones para la práctica clínica

La esterilidad es un problema de Salud Pública muy común. Esta causa, tanto en hombres como en mujeres, importantes efectos psicológicos, que deben ser conocidos por los profesionales de la salud, para así intentar disminuir las consecuencias y dejar de tratarlo como un tema tabú.

Los conocimientos de las profesionales de enfermería son escasos, no así los de las matronas que son el profesional sanitario especializado en la atención sexual y reproductiva, y como tal poseen la preparación necesaria para facilitar el afrontamiento de las consecuencias psicológicas y los efectos que pueden tener sobre las parejas esta realidad.

Los estudios futuros deberían intentar estudiar muestras más heterogéneas, para poder diferenciar con claridad los efectos psicológicos en las parejas en distintos ámbitos socioeconómicos y culturales. Además, se debería analizar con más detenimiento las capacidades de afrontamiento y conocimientos de las matronas a la hora de tratar con pacientes estériles.

Conclusiones

La esterilidad produce consecuencias negativas en los hombres y en las mujeres. Se asocia a una disminución en la calidad de vida y de la salud. Aun así, el género femenino suele presentar niveles de ansiedad y de angustia ligeramente mayores que el masculino, independientemente de otros factores.

También afectan notablemente a la pareja los aspectos socioeconómicos y culturales. El bienestar de ambos se ve afectado por el desarrollo de su país. Así mismo, hay que resaltar la discriminación social en la pareja con esterilidad. Esta carga discriminatoria conlleva el hecho de que en la mujer recaea la mayor presión que aumenta en aquellas que viven en países en vías de desarrollo.

La esterilidad es un problema de Salud Pública, por lo que es necesario seguir investigando y aumentando conocimientos sobre esta. Así se podrá conseguir una mayor conciencia sobre los efectos de este problema en la pareja y conseguir prestar el apoyo y ayuda que precisa por parte de profesionales con competencias en este área: matrona, obstetra, equipo multidisciplinar de reproducción asistida e incluso psicólogo.

Bibliografía

- Sibón Sancho GM. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. *Metas Enferm* [Internet]. 2015 [citado 7 mar 2022]; 18(2):60-7. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=102832217&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Ezzell W. The Impact of Infertility on Women's Mental Health. *N C Med J* [Internet]. 2016 [citado 7 mar 2022]; 77(6):427-8. Disponible en: <https://www.ncmedicaljournal.com/content/77/6/427.long>
- Malina A, Błaszczewicz A, Owczarż U. Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekol Pol* [Internet]. 2016 [citado 7 mar 2022]; 87(7):527-31. Disponible en: https://journals.via-medica.pl/ginekologia_polska/article/view/48289
- Katole A, Saoji A. Prevalence of primary infertility and its associated risk factors in urban population of central India: A community-based cross-sectional study. *Indian J Community Med.* [Internet]. 2019 [citado 7 mar 2022]; 44(4):337-41. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=139626694&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Sormunen T, Karlgren K, Aanesen A, Fossum B, Westerbotn M. The role of social media for persons affected by infertility. *BMC Women's Health* [Internet]. 2020 [citado 7 mar 2022]; 20(1):1-8. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143395920&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Bhamani SS, Zahid N, Zahid W, Farooq S, Sachwani S, Chapman M, et al. Association of depression and resilience with fertility quality of life among patients presenting to the infertility centre for treatment in Karachi, Pakistan. *BMC Public Health* 2020; 20(1):1-11. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09706-1>
- Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwał-Kolarz D. Gender differences in the experience of infertility concerning polish couples: Preliminary research. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 7 mar 2022]; 16(13). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6651646/>
- Anokye R, Acheampong E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN. Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pranso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Res Notes* [Internet]. 2017 [citado 7 mar 2022]; 10(1):690. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718012/>
- Chaves C, Canavarró MC, Moura-Ramos M. The Role of Dyadic Coping on the Marital and Emotional Adjustment of Couples With Infertility. *Fam Process* [Internet]. 2019 [citado 7 mar 2022]; 58(2):509-23. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=136788042&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Fairweather-Schmidt AK, Leach L, Butterworth P, Anstey KJ. Infertility Problems and Mental Health Symptoms in a Community-Based Sample: Depressive Symptoms Among Infertile Men, But Not Women. *Int J Mens Health* [Internet]. 2014 [citado 7 mar 2022]; 13(2):75-91. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103859542&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Lakatos E, Szigeti JF, Ujma PP, Sexty R, Balog P. Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 [citado 7 mar 2022]; 17(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5525318/>
- Cusatis R, Fergestrom N, Cooper A, Schoyer KD, Kruper A, Sandlow J, et al. Too much time? Time use and fertility-specific quality of life among men and women seeking specialty care for infertility. *BMC Psychol* [Internet]. 2019 [citado 7 mar 2022]; 7(1):45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31288855/>

13. Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A, et al. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: A case-control study. *BMC Womens Health* [Internet]. Septiembre de 2019 [citado 7 mar 2022]; 19(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727411/>
14. Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Hum Reprod* [Internet]. Septiembre de 2016 [citado 7 mar 2022]; 31(9):2108-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991655/>
15. Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet] 2019 [citado 7 mar 2022]; 17(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377764/>
16. Mahadeen A, Mansour A, Al-Halabi J, Al Habashneh S, Kenana AB. Psychosocial wellbeing of infertile couples in Jordan. *East Mediterr Heal J* [Internet] 2018 [citado 7 mar 2022]; 24(2):16976. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129601540&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
17. Hammarberg K. Knowledge, attitudes and practices relating to fertility among nurses working in primary health. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internet]. Septiembre de [citado 7 mar 2022]; 34(1):6-13. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=117755064&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Anexo 1

Tabla de análisis de los artículos incluidos				
Título	Autores y año	Tipo de estudio y muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
<i>Gender Differences in the Experience of Infertility Concerning Polish Couples: Preliminary Research</i>	Małgorzata Nagórska, Anna Bartosiewicz, Bogdan Obrzut, Dorota Darmochwał-Kolarz 2019	Estudio transversal. 61 parejas	Comparar las emociones en parejas estériles de ambos sexos	Una de cada cuatro mujeres (24,5%) y uno de cada dos hombres (49,0%) aceptaban no tener hijos tras el diagnóstico. Las mujeres hablaron y expresaron sus sentimientos abiertamente, a los hombres les costó más. La tristeza y la ansiedad fueron los sentimientos dominantes asociados al diagnóstico, sintiendo también dolor y miedo. Apareciendo en los hombres también decepción. Se encuentran diferencias de género en el enfoque del diagnóstico, tratamiento y afrontamiento, por lo que se tiene que tener en cuenta a la hora de tratar con estos pacientes.
<i>Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana</i>	Reindolf Anokye, Enoch Acheampong, Wisdom Kwadwo Mprah, Janet Opia Ope, Tee Ndele Barivure 2017	Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. 100 personas	Determinar los efectos psicosociales en parejas con esterilidad	En la mayoría de países africanos un hijo se considera una demostración de consumación y bienestar en el matrimonio, teniendo un papel social. El hecho de no poder tener hijos provoca una baja autoestima, frustraciones y desaliento, sufren abuso verbal y aparece la exclusión social.
<i>The Role of Dyadic Coping on the Marital and Emotional Adjustment of Couples With</i>	Catarina Chaves, Maria Cristina Canavaro, Mariana Moura-Ramos 2019	Estudio transversal. 134 participantes	Descubrir cómo afecta que se apoyen ambos miembros de la pareja estéril entre ellos	El aumento de participación del hombre en el proceso de la esterilidad mejora la adaptación de ambos miembros de la pareja. La adaptación del hombre depende de cómo su pareja afronte la situación y como él pueda ayudarla. Tiene gran peso la comunicación del tema entre ambos miembros de la pareja.
<i>Infertility Problems and Mental Health Symptoms in a Community-Based Sample: Depressive Symptoms Among Infertile Men, But Not Women</i>	Alicia Kate Fairweather-Schmidt, Liana Leach, Peter Butterworth P, Kaarin J. Anstey. 2014	Estudio longitudinal. 1.978 participantes	Estudiar la relación entre la esterilidad y los síntomas de salud mental en hombres y mujeres en pareja, teniendo en cuenta el estado de salud mental actual	Los hombres estériles presentan niveles de depresión mayores que las mujeres, mientras estas experimentan mayor nivel de ansiedad. Tanto hombres como mujeres estériles tienen mayor insatisfacción con la vida que las personas fértiles. Un 85% de estas buscaron ayuda para la esterilidad. Las mujeres suelen tener más apoyo que los hombres, por lo que a largo plazo ellos suelen presentar más problemas.

Tabla de análisis de los artículos incluidos (continuación)

Título	Autores y año	Tipo de estudio y muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
<i>Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary</i>	Enikő Lakatos, Judit F Szigeti, Péter P Ujma, Réka Sexty, Piroska Balog. 2017	Estudio transversal. 225 mujeres (134 estériles y 91 fértiles)	Estudiar el estado psicológico de las mujeres fértiles y estériles y relacionar los síntomas depresivos y de ansiedad con mujeres estériles	El bienestar psicológico es significativamente peor en mujeres estériles que en las fértiles. Un 44,8% de mujeres estériles presenta síntomas depresivos moderados-graves. Un 37,3% de mujeres estériles tenía depresión y ansiedad, mientras que el porcentaje de mujeres fértiles que los presentaba fue de un 17,6% Los síntomas depresivos y la ansiedad se asociaron con la edad, la preocupación social, la preocupación sexual, el estrés de la relación materna (cuando sienten apoyo materno padecen menos estrés) y el estrés financiero Los síntomas depresivos y de ansiedad son más comunes en mujeres con problemas de fertilidad, por lo que necesitan ayuda psicológica para afrontarlo
<i>Too much time? Time use and fertility-specific quality of life among men and women seeking specialty care for infertility</i>	Rachel Cusatis, Nicole Fergestrom, Alexandra Cooper, Kate D Schoyer, Abbey Kruper, Jay Sandlow, et al. 2019	Estudio transversal. 156 personas	Determinar la cantidad de tiempo que dedican tanto hombres como mujeres a reflexionar acerca de temas relacionados con la fertilidad	La reflexión de la pareja sobre su estado en la fertilidad hace que empeore la calidad de vida, provocando así ansiedad en los hombres Para el sexo masculino, exteriorizar el problema hace que aumente la calidad de vida, mientras que para las mujeres produce un aumento de ansiedad
<i>An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study</i>	Katayoun Bakhtiyar, Ramin Beiranvand, Arash Ardalan, Farahnaz Changae, Mohammad Almasian, Afsaneh Badrizadeh, et al. 2019	Estudio de casos y controles. 180 mujeres estériles y 540 fértiles	Estudiar las consecuencias de la esterilidad en un grupo de mujeres al compararlas con otro grupo de mujeres fértiles	La esterilidad puede causar en las mujeres estrés, depresión, ansiedad y aislamiento social. Afecta también a la pareja, ya que pueden disminuir las relaciones sexuales, la satisfacción de estas y la autoestima de la pareja Las mujeres estériles presentan menor calidad de vida y menos salud mental, física y ambiental que las mujeres fértiles
<i>Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men</i>	J Datta, MJ Palmer, C Tanton, LJ Gibson, KG Jones, W Macdowall, A Glasier, P Sonnenberg, N Field, CH Mercer, AM Johnson, K Wellings 2016	Estudio poblacional transversal. 15.162 personas	Conocer la prevalencia de esterilidad en Gran Bretaña y estudiar la capacidad de búsqueda de ayuda de mujeres y hombres	En Gran Bretaña se tiende a retrasar la procreación, ya que es un país desarrollado, por lo que aumenta la esterilidad. En el estudio un 12,5% de mujeres y un 10,1% de hombres eran estériles Las parejas con una mayor educación suelen recurrir antes a pedir ayuda. Esto es causado

Tabla de análisis de los artículos incluidos (continuación)

Título	Autores y año	Tipo de estudio y muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
				por el miedo que tienen las personas con una menor educación a no comprender la información, a ser etiquetados y el precio que puede tener el tratamiento Las mujeres suelen padecer más depresión e insatisfacción sexual que los hombres y tienen más angustia psicológica, por lo que son ellas las primeras en buscar ayuda externa, aunque depende del nivel de educación presentado
<i>Association of depression and resilience with fertility quality of life among patients presenting to the infertility centre for treatment in Karachi, Pakistan</i>	Shireen Shehzad Bhamani, Nida Zahid, Wajeeha Zahid, Salima Farooq, Saima Sachwani, Marilyn Chapman, Nargis Asad 2020	Estudio transversal analítico 668 participantes (334 hombres y 334 mujeres)	Estudiar la calidad de vida y la depresión de hombres y mujeres estériles en relación a la resiliencia	La resiliencia tiene relación con la calidad de vida y con la depresión. La resiliencia fue mayor en hombres que en mujeres y la depresión fue mayor en mujeres que en hombres (13,8% mujeres deprimidas y 6% de hombres deprimidos) Las personas con mayor resiliencia tienen menor depresión y mayor calidad de vida. Al ser mayor esta en hombres, ellos presentan menor depresión que las mujeres y mayor calidad de vida que estas
<i>Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study</i>	Yifei Li, Xin Zhang, Meng Shi, Shuaishuai Guo, Lie Wang 2019	Estudio transversal. 559 mujeres	Estudiar la relación entre la resiliencia, el estrés y la esterilidad en mujeres	La esterilidad provoca ansiedad, estrés, depresión, aislamiento social, conflictos matrimoniales y una menor satisfacción con la vida, por lo que la resiliencia ayuda a disminuir estos factores Un 89,1% de personas estériles se vieron beneficiadas por la resiliencia, mejorando su calidad de vida Una mayor resiliencia ayuda a disminuir el estrés y a aumentar la calidad de vida de las mujeres con problemas de fertilidad
<i>Psychosocial wellbeing of infertile couples in Jordan</i>	Alia Mahadeen, Ayman Mansour, Jehad Al-Halabi, Samira Al Habashneh, Aya Bani Kenana. 2018	Estudio descriptivo correlacional transversal 248 parejas	Examinar el bienestar psicosocial en Jordania de las parejas que presentan esterilidad	En los países árabes está prohibido el embarazo por tecnología artificial, lo que produce que, con el paso del tiempo, estén más tristes y desanimados. Aun así, al principio de aparecer la esterilidad en sus vidas, se suelen mostrar optimistas En la religión musulmana, tener hijos y criarlos es muy importante para la condición de la mujer y su bienestar, por lo que disminuye la satisfacción, siendo mayor la angustia en mujeres que en hombres

Tabla de análisis de los artículos incluidos (continuación)

Título	Autores y año	Tipo de estudio y muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
<i>Knowledge, attitudes and practices relating to fertility among nurses working in primary health care</i>	Karin Hammarberg 2016	Estudio transversal. 102 enfermeras	Descubrir los conocimientos sobre la esterilidad de las enfermeras y su capacidad para tratar el tema con sus pacientes en Atención Primaria	Las enfermeras refieren tener una falta de conocimiento y confianza para hablar de la fertilidad con los pacientes, por lo que se convierte un tema tabú en la Atención Primaria, no llegando a tratar este tema con sus pacientes Debido al desconocimiento se han comenzado a dar acceso a cursos y a recursos educativos y se les proporciona apoyo de los médicos para empezar a afrontar el tema de la esterilidad con los pacientes



enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

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



App disponible para
iOS y Android



grupo
paradigma



ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Las matronas españolas y su vinculación con los 100 años de historia en la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Parte I

Rosa M^a Plata Quintanilla

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

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Presidenta Emérita de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur (1981-2017).

No parece estar claro el arranque de la Confederación Internacional de Matronas y es loable el intento por parte de la Dra. Thompson y colaboradores de averiguarlo, a través de las aportaciones de los países miembros, a fin de elaborar la historia de la Confederación Internacional de Matronas (ICM, en sus siglas en inglés) de la que la Asociación Española de Matronas ha participado activamente en los 40 años anteriores.

El devenir de las matronas españolas ha sido complejo y convulso. Existen referencias históricas de regulaciones desde el siglo XII para lo que entonces era un oficio, el de parteras, oficio transmitido por la experiencia entre mujeres, hasta convertirse en profesión, con el inicio de la instrucción académica en el siglo XVIII. Desde ahí se han sucedido muchas otras normativas que han afectado a la formación, organización y desempeño de sus tareas, una parte importante y más reciente de estas, a raíz del ingreso de España en la Unión Europea.

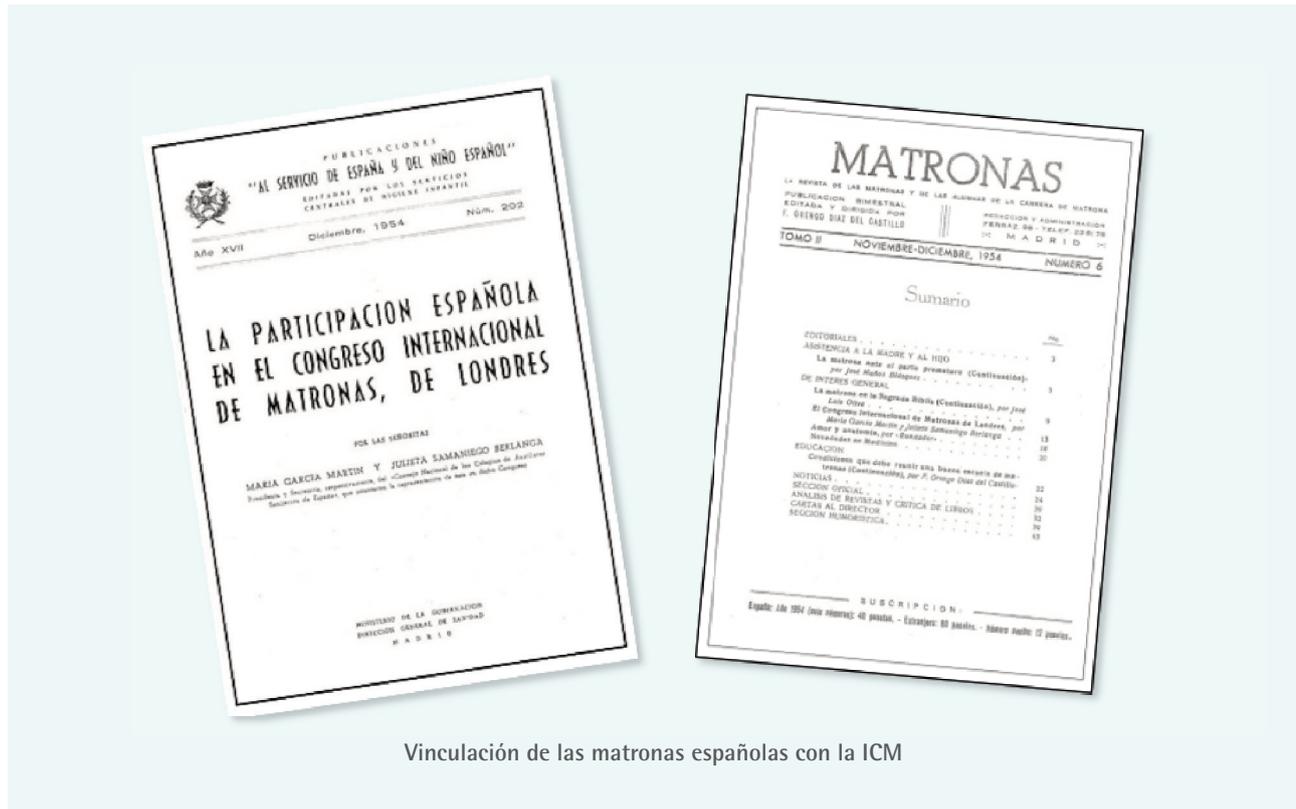
Actualmente, son tres las formaciones españolas que son miembros de la ICM: la primera de ellas la Asociación Española de Matronas (1981), que recogió el testigo de la primera formación de Matronas Españolas, el Consejo General de Auxiliares Sanitarios, sección Matronas, miembro activo de la ICM desde 1954, representando a todas las matronas españolas hasta su extinción (1977) por imposición gubernamental.

Ha habido un antes y un después para las matronas españolas desde el momento en que las tres secciones de au-

xiliares sanitarios, practicantes, matronas y enfermeras, con colegios propios cada una de ellas, perdieran esta condición y por un decreto gubernativo que obligaba a la unificación de estas tres profesiones en un único colegio. Estas profesiones, dos de ellas iguales, practicantes (hombres haciendo tareas de enfermería) y enfermeras (mujeres realizando las mismas tareas), como razonaba el aludido decreto, no justificaba su separación por razones de género exclusivamente. El caso de las matronas era distinto y requería otro tratamiento que finalmente no tuvo, a pesar de que la justicia diera la razón a las matronas, definitivamente la pérdida del colegio propio ha llegado a nuestros días.

Las actas del extinguido Consejo de Matronas estaban en manos de la Junta Provisional de Matronas, motivo por el cual se han conservado y están depositadas en la Asociación Española de Matronas, que fue el organismo que se fundó con miembros de esa Junta Provisional para continuar el proceso judicial que retornara el colegio propio a las matronas y, posteriormente, ha continuado trabajando como asociación científica, en defensa de la salud de las mujeres y de los intereses de las matronas.

De estas actas, y algunos otros documentos que con celo ha custodiado la Asociación Española de Matronas, además de los generados por la propia asociación y de la memoria viva de las fundadoras de la AEM y delegadas de la ICM, como M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta Emérita de la AEM, extraemos notas para la historia de la vinculación de las matronas españolas con la ICM.



Vinculación de las matronas españolas con la ICM

El primer contacto de las matronas españolas con las europeas

Desde finales del XIX, España, aquel que fuera "el gran imperio en el que no se ponía el sol", estaba sufriendo una enorme crisis nacional. El siglo XIX fue uno de los siglos más complejos de la Historia de España, en el que sucedieron negativos sucesos, desde la invasión napoleónica, pasando por varios pronunciamientos militares, un (breve) cambio de dinastía, el asesinato de un primer ministro y una corta y traumática experiencia republicana. Todo esto culminó con la pérdida de las últimas posesiones de ultramar a punto de finalizar el siglo (1898), Cuba, Puerto Rico y Filipinas, lo que condujo al país a la pérdida de influencia mundial, por una parte, y a un estado de inestabilidad política, social y económica que se mantuvo en el inicio del siglo XX, por la cual se declaró neutral en la Guerra Mundial.

Sufriría más tarde su propia Guerra Civil (1936-1939) y sin recuperarse de esta, y a pesar de no participar activamente en la 2ª Guerra Mundial, todo se sumó para mantener el aislamiento de España en casi todos sus sectores, de lo que obviamente no estuvo excluida la organización de Matronas, que oficialmente se instauró en febrero de 1952 como Consejo General de los Colegios de Matronas de España, aunque las matronas obtuvieron el derecho de Colegiación obligatoria a partir de 1930.

Por tanto, la extrañeza de las matronas internacionales de que las matronas españolas no hubieran asistido a congresos y reuniones anteriores de la Unión Internacional se explica por esta serie de circunstancias acaecidas en España en el siglo XIX y mitad del XX. Esta ausencia de las matronas españolas se resolvió a raíz de que la secretaria de la Confederación Internacional se dirigiera a la embajada española en Londres para comunicar que, bajo el patrocinio de la Reina de Inglaterra, iba a celebrarse en Reino Unido un Congreso Internacional de Matronas, expresando el deseo de que España estuviera presente en el citado evento. El embajador español en Londres, a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y por mediación del Director General de Relaciones Culturales, comunica la invitación al Consejo Nacional de Sanidad, que el 9 de diciembre del mismo año (1953), reunido en Junta, recibe la invitación para dos matronas españolas, a las que por espacio de una semana se les daría hospitalidad. Previas las consultas de rigor, fueron designadas para esta representación Dña. María García Martín y Dña. Julieta Samaniego Berlanga, Presidenta y Secretaria respectivamente de la Sección Matronas del Consejo Nacional de Colegios de Auxiliares Sanitarios Españoles, que con carácter oficial y acompañadas por otras 12 matronas que voluntariamente, y a sus expensas, asistieron al acontecimiento, emprendiendo la marcha el 2 de septiembre de 1954, ya que las tareas del congreso daban comienzo el día 4 para terminar el 11 del mismo mes.



Así en la mañana del día 6 de septiembre, en el Tuke Hall del Bedford College, se inaugura el congreso con la presencia de representantes de 45 países cuya primera sesión fue presidida por N. B. Deane, Miembro de la Orden del Imperio Británico y su Secretaria, Miss Marjorie Bayes. El Comité Consultivo estaba presidido por el Profesor W.C.W. Nixon, Doctor en Medicina, Miembro de los Reales Colegios de Cirujanos y Tocoginecólogos. El Comité Organizador presidido por Miss A. Wood, licenciada en Letras, y el Comité Publicitario, cuyas oficinas se instalaban en The Royal College of Midwives, 57, Lower Velgrave Street, lo estuvo bajo la presidencia de Miss R. Groves.

Recuerdo histórico de las reuniones de matronas del mundo en la apertura del Congreso Internacional, Londres 1954

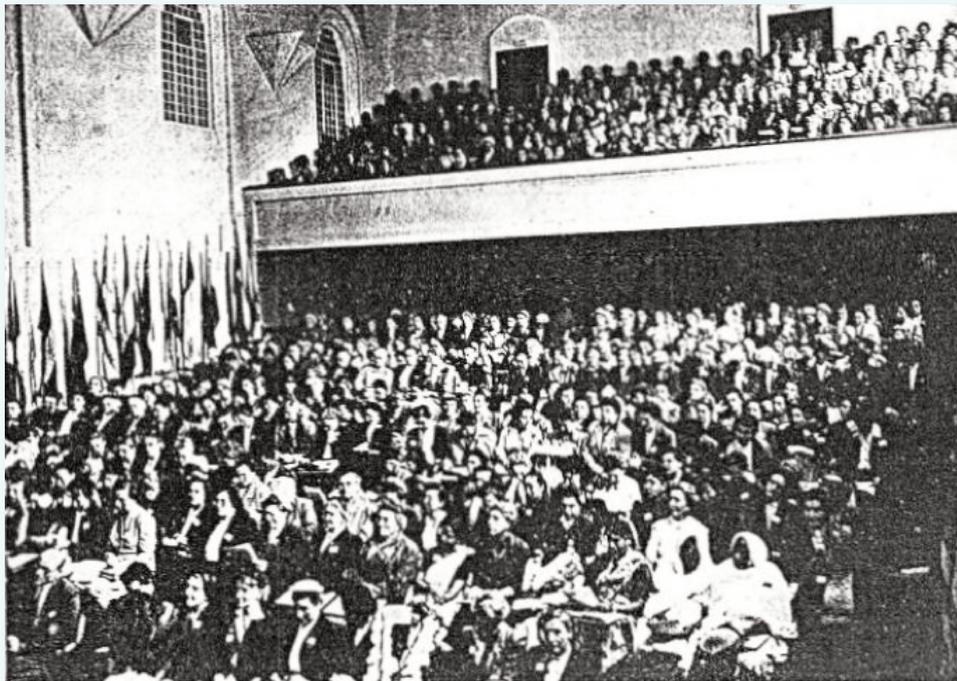
En España se redactó una Memoria de dicho congreso con el fin de enviársela a diferentes personalidades relacionadas con las matronas para poner en conocimiento la representación internacional del país, así como a todas las colegiadas españolas a través de la revista *Matronas*. También se incluyó un artículo extenso en la serie de publicaciones "Al Servicio de España y el niño español", editada por los servicios centrales de higiene infantil del Ministerio de la

Gobernación (Dirección General de Sanidad) del que transcribimos la siguiente información:

La Presidenta, Miss Deane, en su alocución de apertura del Congreso hizo un breve recorrido por la historia de la celebración de las Reuniones Internacionales de matronas, que afirmó databan de 1800, en que Escandinavia y Alemania, unidas en vigorosa solidaridad profesional, hicieron brotar el ímpetu de la cooperación internacional.

Explicaba también que la Organización de Matronas de Suecia era ya una organización nacional cuando se reunieron en Estocolmo en 1886, impulsadas por el ejemplo de sus colegas alemanas que ya publicaban su propio periódico profesional, hecho significativo de la importancia que las matronas tenían ya en su época. También en Suecia las matronas publicaron su propio boletín que era distribuido en Escandinavia, e igualmente apareció en Chicago, en donde existía una escuela Sueca de Matronas.

En 1890 se celebró otro Congreso de Matronas alemanas y austriacas en Berlín. Más tarde en 1895, en Leipzig, y por último en 1900, también en Berlín, se efectuó el primer congreso de carácter internacional, al que asistieron un millar de delegadas en representación de Austria, Hungría, Dinamarca, Países Bajos, Rumanía, Suecia y Suiza, en el que se trató de la duración de los estudios y se debatió largamente sobre el problema de la asepsia.



Asistentes al Congreso Internacional de Londres 1954. Foto: Informe "La participación española en el Congreso Internacional de Matronas, de Londres". Archivo AEM

Más tarde se celebraron congresos en Finlandia, Dinamarca y Noruega, hasta 1909 que tuvo lugar en Bolonia (Italia) otro de carácter internacional, en el que se continuó discutiendo sobre la formación y posición de la matrona.

En 1911, la organización de matronas alemanas invita a sus colegas de países europeos a un nuevo congreso, que tuvo lugar en Dresde, en el que se fijó un periodo de estudios de dos años, y en el que se produjo un comentario de un médico presente en el congreso que dijo que "la matrona no debía tener derecho a realizar los tactos vaginales", lo que suscitó una gran protesta, de ahí el recuerdo.

El siguiente congreso que iba a tener lugar en Viena en 1914, hubo de suspenderse a causa de la primera Guerra Mundial.

Pasaron los años durante los cuales se estuvo examinando la forma que convenía conferir a una organización internacional. Y tras ese afán, todas las organizaciones de matronas fueron invitadas a Viena en 1928, en cuya reunión se decidió instituir el Secretariado de la Unión Internacional de Matronas, que fijó su residencia en Bélgica, bajo la dirección del profesor Daels, que preparó el siguiente Congreso celebrado en Grand (Bélgica). En este encuentro se observó que la solidaridad europea era un hecho, como se demostró en el congreso siguiente celebrado en Londres en 1934, al que no solo asistieron gran número de matronas de naciones europeas, sino que además estuvo representada por primera vez la India, país no europeo, lo que ya significaba un engrandecimiento. Este congreso tuvo lugar en Lancaster House, en presencia de la Duquesa de York, luego Reina Madre de Gran Bretaña. En él, aparte de las discusiones sobre la formación de las matronas se dedicó gran atención al problema de la anestesia por gases.

Dos años más tarde volvió a celebrarse en Berlín el siguiente congreso, en el que se manifestó la inquietud de las delegadas por la inminencia de una nueva guerra, y como consecuencia de esta inquietud, el descenso en la natalidad en la mayor parte de los países europeos. Ante tal situación se votó una resolución invitando a todos los países delegados a librarse del peligro de las armas.

El último congreso celebrado antes de la segunda Guerra Mundial tuvo lugar en París en 1938, en el que se examinó la posición social de la matrona y el lugar que debía ocupar en la comunidad.

La guerra llegó suspendiendo las actividades internacionales de las matronas, que por espacio de diez años permanecieron en silencio hasta 1949, en que tuvo lugar en Londres la primera reunión después de la Guerra, y cuya Presidenta dio cuenta de que toda la documentación relativa a la organización internacional había desaparecido durante la contienda, sin haber sido recuperada. Tras discutir si la reconstrucción debía hacerse desde el fondo a la cumbre o edificar sobre los cimientos o bases ya establecidos, fue

esta opinión la adoptada, naciendo así la Unión Internacional de Matronas de la Federación Internacional de las Organizaciones de Matronas antes existente.

Se acordó celebrar un congreso cada tres años. El siguiente tuvo lugar en Roma, dedicándose sobre todo a preparar el próximo congreso internacional que se celebró en París, en el que se acordó que debiera realizarse una nueva reunión internacional en 1954 a la que pudieran asistir todas las naciones del mundo. Y en efecto, esta vez, con más razón que nunca, puede ostentar este congreso el título de internacional.

Sesiones del Congreso, Londres 1954

Yain Macleod, Consejero privado de la Corona, Diputado y Ministro de Salud Pública, introdujo la primera mesa: Labor de las matronas en el Mundo.

"La Matrona y la salud mundial" fue la conferencia del Doctor Nicholson John Eartman (Prof. Obstetricia de la Escuela de Medicina en la Universidad Johns Hopkins, EE.UU., y Presidente de la Comisión de Especialidades de los Cuidados de Maternidad de la OMS), en la que defendió el papel de la matrona en el cuidado materno-infantil.

El desarrollo del congreso continuó con el tema "Responsabilidades profesionales de la matrona", que fue analizado por las representantes de Australia, Finlandia, Países Bajos y Sudán a través de sus respectivas ponencias a esta mesa.

Tras esta, la disertación, bajo el tema "Aliviar los dolores del parto", fue presentada por el doctor R.J. Minnit (Miembro del Real Colegio de Tocoginecólogos, diplomado en anestesia en Liverpool) y la Srta. Margaret Brookshank, de Irlanda del Norte.

La última jornada del congreso se dedicó a la lectura de las ponencias, bajo el tema "Formación de la Matrona", presentadas por las Delegadas de Dinamarca y Escocia y la de la Directora de la Escuela de Matronas Jefe de Inglaterra.

Constitución de la Confederación Internacional de Matronas

En esta misma reunión de Delegadas, la presidenta del Congreso propuso se constituyeran los Estatutos y se diera el nombre de Confederación Internacional de Matronas a la, hasta entonces, denominada Federación de Asociaciones Nacionales de Matronas, aceptándose tal proposición y acordándose que la confederación estuviera constituida por los Grupos Nacionales de Matronas. En este momento, la presidenta española, Dña. María García, propuso la adopción del idioma español como lengua oficial para la celebración de los futuros congresos internacionales que, apo-



yada por Chile y Uruguay, tras votación, fue aprobada. Como consecuencia de esto se procedió a la elección de Secretaria para las naciones de habla española, de la que resultó elegida Dña. Julieta Samaniego Berlanga, secretaria del Consejo de Matronas Españolas. Así pues, el idioma español, junto con el francés y el inglés quedaron designados como idiomas oficiales de la futura confederación.

A continuación se procedió a la votación correspondiente para la designación de los doce miembros que habrían de constituir el Comité Ejecutivo de la Confederación Internacional y 45 países procedieron a la votación, de la que España salió elegida como una de estos doce miembros, recayendo sobre Dña. María García Martín la representación en calidad de Presidenta del Consejo de Matronas de España.

Las matronas españolas ingresan en la Confederación Internacional de Matronas

La primera referencia que se encuentra en los Libros de Actas del Consejo de Matronas se remonta al 12 de octubre de 1954, año en el que las matronas españolas fueron invitadas al Congreso Internacional de Londres, del que a su vuelta apuntaban la buena acogida que se les dispensó, así como la adopción por votación del idioma español como ya extensamente habían reflejado en el informe anterior.

Meses después, el 24 de febrero de 1955, existe una anotación en el libro de actas del Consejo (Sección Matronas) referida a la oficialización de la membresía a la ICM, al solicitar desde el Consejo de Matronas al Instituto de Moneda Extranjera, las libras esterlinas estipuladas para adquirir la condición de miembro, apuntando a la vez la asistencia al mes siguiente (marzo) a la reunión de Oficiales generales en Londres, dado que España fue elegida por votación en el Congreso Internacional de Matronas de Londres (septiembre 1954), Secretaria de los países de habla hispana.

14 abril 1955

La Secretaria del consejo, Srta. Samaniego, da cuenta del viaje efectuado a Londres por la Sra. Presidenta, Dña. María García y ella, con motivo de la reunión de Oficiales Generales que tuvo lugar en dicha capital, manifestando que se trataron asuntos importantes como los referentes al intercambio de matronas de diferentes países y a la organización de la Confederación Internacional de Matronas. Se acordó en la misma que la siguiente reunión de Oficiales Generales y Comité Ejecutivo tendría lugar en el mes de octubre (1955) en Londres.

28 noviembre 1955

Se da cuenta del viaje que la Presidenta (Dña. M^a García) y Secretaria (Dña. Julieta Samaniego) han hecho a Londres

como miembros del Comité ejecutivo y Secretaria de Actas respectivamente, con motivo de la reunión que ha tenido lugar en dicho país los días 7 y 8 de octubre (1955), en la que se analizó la marcha de la confederación, los nuevos países adheridos y la organización del siguiente Congreso Internacional a celebrar en Estocolmo del 23 al 29 de junio de 1957.

6 de febrero 1956

Se recibe una carta de la Presidenta ICM Miss Deane en la que manifiesta su interés por visitar los países socios, entre ellos España, que acepta la petición. Así mismo, se menciona el importe del abono de las cuotas a la confederación que se habían estipulado en dos peniques por matrona.

6 de marzo de 1956

La Secretaria notifica a la Junta directiva del Consejo la necesidad de que acuda en breve a una reunión de la ICM en Londres, que, como consta en el acta de 18 de mayo de 1956, se celebró el día 27 de abril de ese mismo año y en la que se acordó confeccionar el Programa de Ponencias de los países ponentes al Congreso Internacional que se celebraría en Estocolmo los días 23 al 29 de junio, asignándosele a España la ponencia "Importancia de la Lactancia Materna". Así mismo, deja constancia de los gastos originados al Consejo por el desplazamiento de la Secretaria a Londres, que ascendieron a 1.000 pesetas.

5 julio 1956

El Consejo de Matronas de España recibe una comunicación de la Confederación recordándole el título de la Ponencia a presentar en el Congreso de Estocolmo (Importancia de la Lactancia Materna), así como su finalización y envío a Londres con fecha máxima en enero de 1957.

10 septiembre 1956

En este acta queda constancia de la carta remitida por Miss Deane exponiendo el deseo de venir a España el 2 de noviembre (1956) y cómo la Junta de Gobierno del Consejo de Matronas de España acuerda hacer las gestiones oportunas con objeto de ir preparando un recibimiento adecuado a la Presidenta de la ICM, así como los actos que se hubieran de celebrar con tal motivo, invitaciones a personalidades, etc.

18 noviembre 1956

En este acta queda reflejado el viaje de una semana de duración a Madrid, capital de España, de Miss Deane en el que fue agasajada por el Consejo de matronas españolas y en el que se le realizaron diferentes visitas a distintas instituciones sanitarias como la Escuela de Matronas de

Santa Cristina, la Maternidad Municipal de Cruz Roja, así como variadas visitas culturales por la capital y una comida homenaje de despedida a la que asistieron personalidades médicas del Seguro de Enfermedad y la sanidad nacional, acompañadas de un numeroso grupo de matronas que se adhirieron al homenaje en el que Miss Deane pronunció un discurso en el que resaltó la labor e interés de las matronas y la trascendencia, para el bien común, de la importancia de la unión de las matronas en el mundo.

Así mismo, en este acta queda constancia de la recepción desde Londres de un programa y cuestionario con motivo de la celebración del futuro Congreso Internacional de Estocolmo, lo que desde el Consejo de Matronas de España fue difundido a todos los colegios provinciales para conocimiento de todas las matronas españolas instándolas a que asistieran el mayor número de ellas a este evento internacional.

16 septiembre 1957

En la última sesión celebrada por el Comité Ejecutivo y representantes de los diversos países en el marco del Congreso de Estocolmo, fue reelegida España como país representativo de la Confederación Internacional de Matronas, siendo elegida por segunda vez la Secretaria del Consejo de Matronas españolas, Srta. Samaniego, como Secretaria de Actas de los países de habla española. En esta misma reunión se tomó el acuerdo de elevar las cuotas anuales que se satisfacían a la ICM a cuatro peniques.

21 septiembre 1959

Se menciona la reunión de los miembros de la Confederación celebrada en los primeros diez días del mes de abril en Ámsterdam.

29 octubre 1959

Con vistas a la preparación del Congreso Internacional de Roma, España es requerida para presentar en dicho congreso la ponencia titulada "La influencia de las matronas en la prensa, la radio y la TV".

1 agosto 1960

Se reciben cartas de la Confederación Internacional de Matronas dando cuenta de cómo va la organización del congreso y pidiendo a España que haga las gestiones oportunas para ver si puede realizarse en esta nación el siguiente Congreso Internacional.

19 de octubre 1960

En el acta correspondiente a la fecha, queda consignado el día de 16 de octubre que el XII Congreso Internacional de Roma de 1960 se cerró con la elección por votación

de España como sede del XIII Congreso Internacional de Matronas de la Confederación, siendo designada Presidenta de la Confederación Internacional, la Presidenta española Dña. María García Martín, como Secretaria de actas fue reelegida la Secretaria nacional Srta. Julieta Samaniego y España, quedó integrada en el comité ejecutivo de la ICM.

Así mismo, en fecha 19 de noviembre de 1960 se menciona la visita de las matronas chilenas y brasileñas que acudieron al Congreso de Roma a Madrid, siendo recibidas por las matronas españolas y agasajadas con diversas visitas a instituciones sanitarias que les sorprendieron por la magnífica organización de estos centros, y otras recepciones sociales, entre ellas, la del Centro de Cultura Hispánica.

7 junio 1961

La visita anunciada por Miss Bayes en mayo finalmente se produjo en junio de 1961 para tratar asuntos relacionados con el Congreso Internacional de Matronas a celebrar en Madrid en 1963: asuntos, fechas, lugar, traducción simultánea, alojamiento, salas de conferencias, visitas sociales y profesionales, todo sobre lo que el Consejo español ya había preparado, así como visitas a centros para un programa preliminar que fue aprobado como extraordinario por Miss Bayes.

27 junio 1961

Hay constancia de la reunión celebrada en Londres del Comité Ejecutivo, con asistencia de los miembros españoles, en la que se trataron todos los asuntos relacionados con la celebración del siguiente Congreso Internacional a celebrar en Madrid, siendo aprobados todos los trámites y proyectos presentados por España.

30 abril 1962

Se mencionan los trámites realizados por las matronas españolas para conseguir la reducción de tarifas de avión para las matronas extranjeras asistentes al futuro congreso, hecho que sería comunicado (mediante traducción) en el *Meeting* de Ginebra, a celebrar en mayo de ese año. Se propone a la vez a la Presidenta del Colegio de Sevilla para dictar la conferencia asignada por la ICM a España en su Congreso Internacional, que llevaría por título: "La matrona como educadora en la familia".

5 junio 1962

En una nueva reunión de Oficiales Generales, esta vez llevada a cabo en Ginebra, se presentaron los diferentes trabajos realizados sobre la marcha del congreso estableciéndose las fechas del mismo (29 de junio -7 de julio 1963).



1 octubre 1962

La presidenta Srta. García Martín da cuenta de haber asistido, en el mes de junio, a la reunión de Educación Sanitaria celebrado en Filadelfia como representante de las matronas de la Confederación Internacional de Matronas, presentando un trabajo titulado "Formación profesional de las Matronas".

28 noviembre 1962

Queda constancia en este acta de la visita de Miss Bayes para concretar acuerdos sobre la celebración del XII Congreso Internacional de Matronas y de la reunión que a tal fin se celebró y de la que hacemos transcripción:

Presentes:

- Dña. María García. Presidenta.
- Miss Marjorie Bayes. Sec. Ejecutiva.
- Srta. Julieta Samaniego. Secretaria.
- Miss Margaret Wakelam. Secretaria particular de Miss Bayes.
- Sr. Trilles. Intérprete.

I

1. La secretaria ejecutiva (Miss Bayes) presenta su informe de actividades:
 - Listado de los países invitados a asistir al congreso.
 - Respuestas recibidas.
 - Listado provisional de los países presentados al listado provisional de los países presentados.
 - Portugal.
2. Contactos realizados con la OMS (Dr. Mortar y Miss Lipton (enfermera-matrona)). Invitación al Dr. Candau.
3. Se aclara que los gastos derivados de la asistencia al congreso serán a cargo de los asistentes, sin más excepción que la de los miembros honorarios que se especifican.
4. Se espera que asista Miss Mary Crawford (cuya madre había fallecido recientemente).
5. La Secretaria ejecutiva anticipa que asistirán unas 50 matronas de Suecia, 300 de Inglaterra. Nuevos países solicitan afiliación: Kenya, Liberia, Argentina y Jamaica.
6. Por primera vez enviarán delegados los países de Canadá y Australia.
7. Centro y Sur América: afirmativo, Brasil, Argentina y Chile.

II

Por otra parte, se acuerda que la Secretaria Ejecutiva envíe otra carta a los países que aún no han contestado advirtiéndoles de que las cuotas de inscripción serán aumentadas a £8, después del 28 de febrero de 1963.

La Secretaria ejecutiva da lectura a una carta de la Federación belga en la que expone que debido a la incertidumbre de que sus afiliadas puedan tener vacaciones en el mes de junio, no podrían formalizar sus inscripciones hasta después del mes de febrero, por lo que se oponen al pago aumentado de las inscripciones. Teniendo en cuenta su argumentación se acuerda otorgarles el privilegio, sin que sirva de precedente, para casos análogos.

Igualmente accediendo a su reclamación la Secretaria ejecutiva les enviaría el estado de cuentas relativo al Congreso de Roma, aunque se acuerda desestimar por improcedente, su deseo de que les sea enviada una copia del presupuesto provisional del Congreso de Madrid, del que posteriormente se les explicará los gastos que llevan anexos la preparación de un congreso.

La presidenta, Dña. María García, da cuenta de que la esposa del Jefe del Estado, Dña. Carmen Polo de Franco, ha aceptado la Presidencia de Honor del Congreso así como la lista de Miembros e Invitados de Honor, de todas las gestiones realizadas (sede, interpretación colaboraciones, etc.). Así mismo, se estipula que toda la cartelería, los programas y los libros de ponencias, etc. serán impresos en España. De la misma manera se acuerda que todas las mesas estén presididas por un médico español que actuará, junto con las Secretarías y Presidentas de las distintas mesas, como Presidente Honorario de las mismas.

Estimaron un presupuesto provisional basado en 1.000 matronas con cuotas de 6£, que al cambio oficial de la peseta ascendía a 1.060 pts, cuyos fondos recaudados directamente en España en concepto de inscripciones locales serían retenidos por la Secretaría del Congreso para sufragar los gastos del mismo. Con idéntico fin la Secretaria Ejecutiva transferiría periódicamente a la Secretaría del Congreso los fondos recaudados en Londres por este concepto.

Finalmente la Secretaria Ejecutiva somete a la aprobación de la Presidenta el orden del día para las reuniones del Comité ejecutivo y del Consejo, obteniendo el visto bueno.

El Consejo Nacional de Matronas de España necesitó solicitar a los colegios provinciales aportaciones dinerarias extras para ayuda de este congreso, cosa que en muchos casos no se pudo conseguir, dado el escaso número de colegiadas de algunos pequeños colegios provinciales con pocos ingresos (Continuará...).

Referencias:

- Actas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas (1954-1977).
- Actas de la Asociación Española de Matronas (1978-2022).
- García Martín M, Samaniego Berlanga J. La participación española en el Congreso Internacional, de Londres. Publicaciones "Al servicio de España y del niño español". Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Madrid, 1954.
- Orengo Díaz del Castillo F. Matronas 1954. Tomo II. Nº 6. Noviembre-diciembre.
- A birthday for Midwives. Papers of ICM.

Entrevista a SOFÍA GOTOR COLÁS

Ex-presidenta de la Asociación Aragonesa de Matronas e iniciadora de la Unidad Docente de Matronas de Aragón



Nuestra entrevistada, en esta ocasión, es una matrona que tiene un merecido bagaje de logros profesionales y personales, pero que sin duda destaca por la modestia, y a la vez orgullo, con los que siempre ha estado liderando la Asociación Científica de Matronas de Aragón, primero en su Junta Directiva y después como Presidenta durante nueve años hasta 2016.

Sofía, que así es como la conocemos muchas de las matronas que hemos tenido el placer de compartir con ella encuentros y momentos profesionales importantes, fue reconocida con la Medalla de Oro al Mérito Profesional por el Colegio de Enfermería de Zaragoza en 2016.

Pregunta: Sofía, por fin tengo el placer de entrevistarte, porque a pesar de estar retirada de la profesión eres una mujer muy ocupada, lo cual me alegra y es señal de que hay más vida después de haber dedicado 45 años a una profesión como la nuestra.

Respuesta: Bueno, sí, la verdad es que no te das cuenta del paso del tiempo cuando te dedicas a una profesión como la nuestra, a la que le he dedicado 45 años, como bien dices, pero ahora, aunque sigo en contacto con la profesión, dispongo de más tiempo para hacer otras cosas que también me gustan y poder compartir más tiempo con mi familia.

P: Sé que te han hecho muchas entrevistas a lo largo de tu vida, pero en esta ocasión, y es inevitable, podríamos hacer un repaso de tu trayectoria, soy consciente que para ti hablar de estos años y los logros conseguidos es, paradójicamente, fácil y difícil a la vez.

R: La verdad es que sí, porque el tiempo pasa inexorablemente para todo el mundo, es inflexible y te das cuenta de que toca el relevo para que otras compañeras asuman una

nueva etapa que espero, y deseo, sea tan fructífera como fue la pasada.

P: Eres aragonesa de pura cepa, de un pueblo de Zaragoza, Campillo de Aragón, pero sé que llevas un trocito de Valencia en tu corazón, ¿puedes contarnos los motivos?

R: Claro que sí, de esos 45 años profesionales, 12 los pasé en Valencia, y fueron los inicios que creo es lo que también deja una gran impronta en tu trayectoria personal. De hecho, me formé allí, en el Hospital Clínico de Valencia, donde cursé la especialidad de pediatría y matrona entre los años 72 y 75, después de hacer mis estudios de ATS y de empresa, lo que ahora sería la especialidad de salud laboral.



P: He leído que también tienes una diplomatura en Teología, algo que me resulta curioso.

R: Sí, me diplomé en Teología por la Universidad de Comillas estando ya en Zaragoza. Siempre me gustaron los temas espirituales, creo que complementaban muy bien mis inquietudes por el conocimiento del ser humano y lo divino.

P: Y tus inicios laborales, ¿fueron como matrona o trabajaste de enfermera?

R: Bueno, primero trabajé en la Unidad de Neonatos del Hospital Clínico de Valencia y después en la UCI neonatal y en la de radiodiagnóstico pediátrico del Hospital La Fe también en Valencia, eso me dio una gran experiencia y visión de los cuidados del neonato.

P: ¿Y cuándo empiezas a trabajar de matrona?

R: Pues poco más tarde me dan la plaza de matrona en la Residencia Puerto de Sagunto (Valencia), un hospital comarcal cerca del mar, en el que participé en su montaje y apertura hasta que en 1983 me trasladé al Hospital Miguel Servet en Zaragoza, donde he permanecido hasta mi jubilación en 2016.

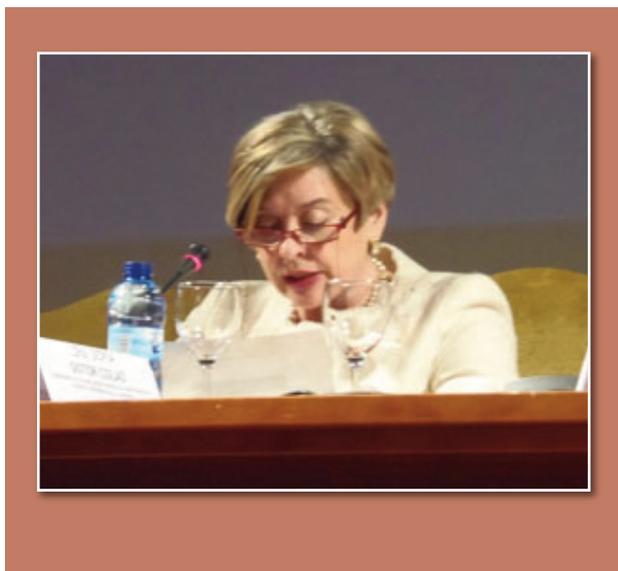
P: Ahora que nombras el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, tengo entendido que hace poco celebraron los 50 años de ese hospital, y estuviste en el acto, porque además fuiste supervisora de Urgencias de Paritorios y Urgencias de Maternidad los últimos 10 años.

R: Sí, la verdad es que cuando me llamaron para participar en el acto me sentí muy emocionada y a la vez feliz de representar a nuestra Maternidad, y de que todo el trabajo realizado se viera plasmado en un reconocimiento público del hospital, por todo ello me siento honrada, satisfecha y agradecida.

P: Sofía, has tenido la oportunidad de que se realicen dos congresos nacionales de matronas en Zaragoza, con lo que eso supone de trabajo y esfuerzo, aunque creo que han marcado dos grandes logros, cuéntanos.

R: Sí es un gran esfuerzo, pero siempre he contado con un gran equipo de compañeras dispuestas a trabajar para que todo saliera bien y además para el último tuve la inestimable ayuda de la AEM y de M^a Ángeles Rodríguez Rozalén. La verdad es que sí han supuesto un antes y un después; desde que hicimos el primer Congreso Nacional en Zaragoza en 2002, en el que conseguimos que se creara la Unidad Docente de Matronas, de la cual fui tutora, no paramos de luchar por la profesión. De hecho, a raíz del segundo congreso na-

cional que llevamos a cabo en Zaragoza en 2013, con la AEM, el cual presidí, conseguimos la reconversión de plazas ocupadas por enfermeras a plazas de matronas.



P: ¿Cómo fue ese proceso de reconversión? Porque laboralmente fue un logro muy importante, tanto para las matronas como para los cuidados que ofrecíais a las mujeres, y hoy por hoy aún hay muchos hospitales que siguen en esa batalla de conseguir matronas en todos los puestos para los que tienen competencia.

R: Sí, fueron nuevos puestos laborales, desde luego, y un aumento en la calidad de los cuidados por ser especialistas en ellos.

A tu pregunta de cómo lo logramos te diré que fue un largo camino. Empezamos por la reconversión en servicios específicos que creíamos firmemente debían ser ocupados por matronas, por la realización de tareas directamente relacionadas con la gestante. Esta reconversión se pidió para todo Aragón.

Comenzamos a gestionar esta reivindicación en el año 2008 por primera vez: muchos escritos, visitas a despachos, etc., nos acompañan en este viaje que comenzamos la Asociación Científica de Matronas de Aragón en solitario para después de algún tiempo unir fuerzas con el Colegio de Enfermería de Zaragoza, representado por su vocal matrona, y contando siempre con el apoyo de su presidente.

Fueron muchas reuniones con distintos políticos según la legislación vigente. Pero todo lo que se persigue con entusiasmo, base científica y encaminado a ofrecer una mejor atención de nuestras gestantes, se puede conseguir aportando evidencia científica, muchos datos y demostrando el aumento de calidad en el trabajo.

Para el inicio de la reconversión se aprovechó la coincidencia con algunas jubilaciones de enfermeras generalistas que ocupaban estos puestos y así no lesionar en lo posible intereses profesionales. Durante un tiempo más o menos largo convivieron los dos estamentos en el Hospital Miguel Servet, donde yo prestaba mis servicios como supervisora de Partos y Urgencias de Maternidad. Conseguimos reconvertir cinco plazas en principio para Urgencias, para pasar a reconvertirlas en su totalidad. En la planta de Fisiopatología materno fetal nos falta poco, no hemos llegado todavía a su totalidad.

P: A propósito de ese Congreso en Zaragoza en 2013, en el que estuvimos juntas, hubo la presentación de un libro que ha sido "básico" en la biblioteca de todas las residentes, ¿nos puedes explicar un poco?

R: Bueno, pues con motivo del segundo congreso un grupo de matronas y residentes coordinadas por la matrona M^a Luz Gotor Colás y yo misma, y dirigidas por el Dr. Castán, con esfuerzo y mucha ilusión, escribimos un libro de matronas para matronas, publicándolo la editorial Hispano Americana. Su título: *Obstetricia para Matronas. Guía práctica*. La Asociación Española de Matronas obsequió con él a las congresistas. Me gustaría elogiar a todas las personas que participaron en hacer realidad un sueño.

También en ese congreso tuvimos el honor y el placer de contar con el profesor Dr. D Juan Luis Arsuaga, el paleoan-

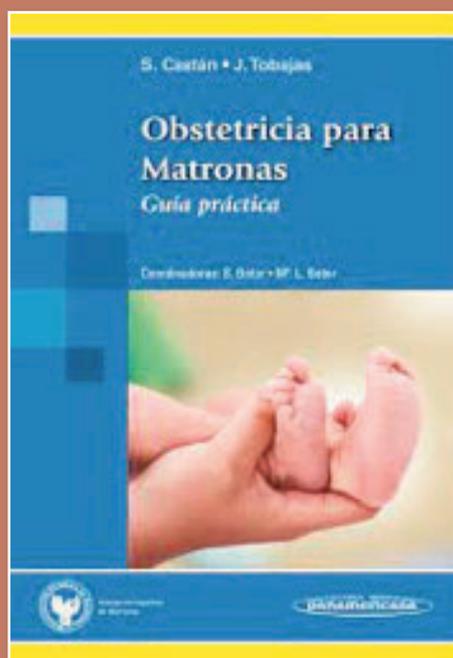
tropólogo español mundialmente conocido al que nombramos "Matrona Honorífica". Un congreso entrañable, la verdad.

P: Antes has nombrado a la ayuda que has tenido del Colegio de Enfermería de Zaragoza, por lo que veo habéis tenido muy buena relación...

R: Sí, la verdad que siempre he podido contar con la ayuda del colegio y el apoyo de su presidente y, sobre todo, de su vocal matrona para todos los frentes que hemos tenido que pelear, además estaré eternamente agradecida por los dos reconocimientos a título personal que me otorgó: en 2010 me impuso la insignia de oro y brillantes y en el 2016 la Medalla de Oro al Mérito Profesional, galardón que supuso para mí el colofón a mi carrera profesional en la festividad de San Juan de Dios.

P: Veo que te emocionas cuando hablas de los reconocimientos obtenidos...

R: Es que recapitulo un poco lo que ha sido mi vida, y atrás quedan las infinitas dificultades y frustraciones, el tedioso tiempo de espera para conseguir mínimos avances, pero este es el sino de esta profesión: poner mucho para a veces conseguir poco y en tantas ocasiones, nada, aunque yo haya tenido la suerte de conseguir formar parte del equipo que consiguió algunos logros importantes para mis compañeras de Aragón; si todo lo soñado, vivido, trabajado y conseguido sirve para mantener la ilusión de alguna matrona, ha valido la pena estar aquí.



P: Estamos llegando casi al final de la entrevista y no sé si quieres compartir algo más con las compañeras.

R: Quiero dar las gracias a la Asociación Española de Matronas por su apoyo e implicación en la defensa de la pro-

fesión, nuestra profesión, la de MATRONAS, nadie como vosotras han seguido una senda de rectitud y honestidad en la representación del colectivo, incluso más de 40 años después, cuando unisteis a la mayoría de las matronas de España en el sentimiento de salvaguarda de los derechos del colectivo y la necesidad de su participación en todos los planes de Salud destinados a la mujer. Me siento privilegiada por haber estado tan cerca de vosotras.

Muchas gracias a ti, Sofía, en nombre de la Asociación Española de Matronas, por el inestimable vínculo que nos une y que permanecerá ya desde el plano de lo personal. Como tú decías, nos congratulamos por tu felicidad por

que ha llegado de la mano del trabajo e ilusión por nuestra profesión.

Agradecer el tiempo que nos has dedicado y, personalmente, decirte que ha sido un placer haber compartido grandes momentos a lo largo de estos años y la humildad con la que siempre te has mostrado pese a haber tenido motivos para gritar a los cuatro vientos tus logros que, sin duda, no solo han beneficiado a las matronas, sino a las mujeres de Aragón.

ATENEA

Redactora AEM

AGENDA

La Asociación Española de Matronas interviene para intentar parar el golpe bajo a las matronas en Galicia, y por extensión a todo el colectivo

Iniciábamos el mes de diciembre con un nuevo problema para las matronas de Galicia, y por extensión para todo el colectivo, con la actualización de la Cartera de Servicios en AP en Galicia. En el recién publicitado documento, aún borrador, "CARTEIRA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE" decía en su instrucción:

"En el año 2019 la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia y el Servicio Gallego de Salud, en el marco del Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021, han sentado las bases estratégicas y de gestión para la remodelación y la necesaria evolución del actual modelo de Atención Primaria. Este Plan incluye 200 acciones, divididas en siete líneas estratégicas. Su tercera línea, denominada "creación de equipos de Atención Primaria en los que se definan nuevos roles", pretende reorganizar las competencias de los profesionales de Atención Primaria. También explica que para la elaboración de este documento se conforma un grupo de trabajo integrado por: 13 enfermeras entre las que están representadas las enfermeras de Atención Primaria, enfermeras especialistas en atención familiar y comunitaria, enfermeras especialistas en pediatría".

Y nos cupo pensar que existiría otro grupo de trabajo para el desarrollo de las competencias de las matronas, coordinado por una matrona del Servicio Gallego de Salud. Supusimos... Obviamente miramos con lupa la asignación de roles/profesionales y encontramos algunos puntos preocupantes en los apartados referidos a la salud de la mujer y familia, encontrando varios apartados que precisaban revisión de inmediata:

1.2. Crianza/desarrollo

Niñas/os: incluidos de 0 a 14 años.

[6820] Cuidado infantil.

[5566] Educación de los padres: crianza familiar de los más pequeños.

[6710] Fomentar el apego.

[8278] Estimulando el desarrollo: lactantes.

[8274] Fomentando el desarrollo: niño.

1.17. Ayuda con el afrontamiento

Para las mujeres: cambios en el climaterio

[5400] Mejora de la autoestima.

[5220] Imagen corporal mejorada.

1.18. Educación del paciente

A la mujer y la pareja

[5248] Consejería sexual.

[6784] Planificación familiar: anticoncepción.

[6788] Planificación familiar: embarazo no deseado.

1.19. Control de crisis

[6200] Atención de emergencia.

A la mujer

[6300] Tratamiento del trauma por violación.

[6720] Parto.

1.20. Control de riesgo

A la mujer

[6522] Examen de mamas.

2.1.1 Sexualidad

[5248] Consejería sexual.

6.1.1 Intervenciones preventivas

Familia con recién nacido

[6612] Identificación de riesgo: familia con recién nacido.

A la mujer

[0560] Ejercicios del suelo pélvico.

[6522] Examen de mamas.

[5244] Consejería en lactancia.

A las familias

[6784] Planificación familiar: anticoncepción.

[6786] Planificación familiar: infertilidad.

[6788] Planificación familiar: embarazo no deseado.

[7140] Apoyo familiar.

[7110] Fomentar la participación familiar.

[5247] Consejería antes de la concepción.

[5566] Educación de los padres: crianza de los hijos.

[6710] Fomentar el apego.

A la vista del documento, sin definir que es a la matrona a quien corresponde el desarrollo de estas competencias en todos los programas de salud de la mujer, la Asociación Española de Matronas, inmediatamente, envió la correspondiente carta al Consejo, y a otros

responsables del SERGAS, pidiendo aclaración o modificación del actual borrador. Es intolerable que, en nombre de la transversalidad y la multidisciplinaridad, se promueva, oficialmente, el intrusismo profesional y los conflictos de competencias. Desde la Asociación Española de Matrona se hizo un llamamiento a todas las matronas de España para que se unieran a las posibles acciones que se hubiera de iniciar si no se modifican los contenidos del proyecto de la Cartera de Servicios.



EXCMO. SR. D. Julio García Comesaña (Conselleiro de Sanidade)

SR. D. Alberto Fuentes Losada (Secretaría General Técnica)

SÑRA. DÑA. Carmen Durán Parrondo (Dirección General De Salud Pública)

Madrid, 10 de diciembre de 2021

En representación de la Junta Directiva de la Asociación Española de Matronas, decana de las asociaciones de matronas de España, y en calidad de presidenta de la misma, me dirijo a usted para trasladarle un problema que se plantea en el borrador del documento CARTEIRA DE SERVIZOS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE.

En su introducción expresa "No ano 2019 a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia e o Servizo Galego de Saúde, no marco do Plan Galego de Atención Primaria 2019-2021, estableceron as bases estratéxicas e de xestión, para a remodelación e a necesaria evolución do actual modelo de atención primaria. Neste Plan recóllense 200 accións, repartidas en 7 liñas estratéxicas. A súa terceira liña denominada "creación de equipos de atención primaria nos que se definan novos roles", marca como obxectivo a reordenación das competencias dos profesionais de atención primaria, establecendo como acción a creación dos grupos de traballo para a elaboración das carteiras de servizos das distintas categorías profesionais, entre as que está a de enfermería".

El problema en cuestión se deriva por la descripción de los nuevos roles que claramente entran en conflicto con determinadas competencias que ya poseen las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (MATRONAS) en relación a la salud de la mujer en todos los programas relacionados con la salud sexual, reproductiva y afectiva. No es la enfermera generalista ni la especializada en salud comunitaria y de familia las profesionales competentes para abordar estos programas, en prevención y atención de los procesos mencionados de la mujer. Es la matrona la que reúne el perfil y capacitación para ello.

Permítame hacer unas puntualizaciones introductorias para evitar equívocos o restar importancia al tema. La Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, reconoce en la Matrona a un profesional con un perfil com-

Agenda | La Asociación Española de Matronas interviene para intentar parar el golpe bajo a las matronas en Galicia, y por extensión a todo el colectivo

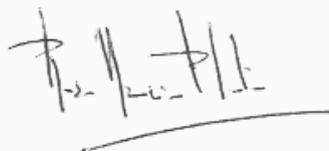
petencial específico y con una formación adecuada a las exigencias de la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo.

La matrona es un profesional con capacidad y autonomía en la toma de decisiones en la atención y el seguimiento de los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva sobre los que tiene plena responsabilidad en el marco de la interdisciplinaridad y multidisciplinariedad, tal y como también se recoge en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

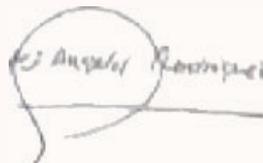
Es la ley la que subordina el acceso a las actividades específicas de matrona y su ejercicio al correspondiente título, por otra parte, especialidad única durante muchos años en este país que, a diferencia del resto de las actuales, no solo tiene la más larga trayectoria de todas las existentes sino que hemos de mencionar que es la primera y única definida por directivas comunitarias específicas desde 1980 D CE(80/154), las cuales han sido modificadas a lo largo de más de dos décadas y finalmente traspuestas al derecho español por el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y Reglamento (UE) n.º 1024/2012.

A más ahondar, la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección Cuarta, que resolvió el recurso contencioso administrativo nº 985/2010 de 17 de junio, interpuesto por la Asociación Española de Matronas contra la Orden SAS 1729/2010 de 17 de junio por la que se aprobaba el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, concretamente interesando la nulidad de su artículo 5.5 que incluía en su programa formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, en lo referido a la atención a la salud sexual, reproductiva y de género, concluyó en que "la Orden SAS 1729/2010 no atribuye competencias para abordar materias relativas a la especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica o Matronas". Lo que se traduce en que el hecho de incluir en la formación de los enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria algunos conocimientos de la salud reproductiva, sexual y de género **NO LES CAPACITA** para dar atención profesional como especialistas porque no se les han atribuido funciones.

Para concluir, recordarles que el objeto de esta carta no es otro que intentar prevenir errores importantes que determinarían problemas graves, cuando el documento mencionado arriba quede terminado y finalmente publicado. Hemos sabido que para el día 17 de diciembre se celebrará una reunión del grupo de trabajo que elaboró el borrador (y en el que no han participado matronas, profesionales de la estructura organizativa y funcional del equipo básico de salud, ¿suponemos que tienen otro grupo de trabajo?) y es la mejor oportunidad para revisar y frenar este dislate. Adjuntamos el listado de los puntos a corregir. Rogamos encarecidamente su interés e intervención al respecto. Aprovechamos la oportunidad de expresarles nuestra mayor consideración y quedamos a su disposición y sus noticias.



Rosa M.ª Plata Quintanilla
Presidente Asociación Española de Matronas



M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén
Relaciones Institucionales AEM



RESPUESTA TRADUCIDA

"La cartera de servicios de Enfermería de Atención Primaria fue aprobada en el Consejo Técnico de Atención Primaria, que es el órgano colegiado de asesoramiento técnico en el ámbito de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. Su composición, funcionamiento y organización se recoge en la orden del 8 de junio de 2019 (DOG nº137 del 19 de junio de 2019).

La cartera de servicios de Enfermería de Atención Primaria se elaboró siguiendo la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), que es una clasificación internacionalmente aceptada y que recoge todos los tratamientos basados en criterios y conocimientos clínicos que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la salud de sus pacientes. Por otro lado, el servicio Gallego de Salud establece en su "Plan de Atención Integral de la Salud de la Mujer" que la matrona es el profesional de referencia en la prestación de los cuidados a la mujer, actuando en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios. En relación a la normativa aplicable que concierne a la regularización de las funciones del personal estatutario de los servicios de Salud, resulta de utilidad a estos efectos lo señalado en la ley 8/2008, del 10 de junio, de Salud de Galicia, la cual, después de apuntar que la ordenación del personal de salud debe inspirarse en el principio de "cooperación interprofesional y trabajo en equipo" (art.111), en su artículo 113 establece que la clasificación del personal podrá tener en cuenta criterios que propugnen el trabajo en equipo y faciliten la realización de los procesos asistenciales o administrativos auxiliares. En su apartado 2 del mismo precepto dispone "procurando la mejora de la eficacia de los servicios y la adaptación y el desarrollo del trabajo la organización de la prestación asistencial y la evolución de las tecnologías, el ámbito funcional de cada categoría de personal se corresponde con el conjunto de actitudes y capacidades que derivan de la titulación académica exigida para el ingreso, de la formación y del estado actual del conocimiento y de los medios técnicos". A sí mismo la ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) aboga tanto en su preámbulo como en su articulado por no determinar las competencias de una u otra profesión de una forma cerrada y concreta, sino estableciendo las bases para que "las prácticas cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente".

Entre los principios generales del ejercicio de las profesiones sanitarias (contenidos en el artículo 4.7 del mismo cuerpo legal) se recoge expresamente la "eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación"; la "continuidad asistencial de los pacientes, tanto aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como de aquellos que lo sean en diferentes niveles"; o "la progresiva consideración de interdisciplinaridad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales de atención sanitaria".

En relación a lo anterior, el artículo 9, expresamente titulado "Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo", establece que una atención sanitaria integral implica la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, evitando el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas; determina la estructura multiprofesional e interdisciplinaria de los equipos profesionales y la participación del resto del personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios requeridos; necesitando la actuación de los equipos de forma jerarquizada o colegiada (según el caso), teniendo en cuenta los criterios de conocimiento y competencia (de ser el caso al de titulación) de los profesionales que integran el equipo según la actividad concreta que se debe desarrollar, y de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros. La ley también hace

Agenda | La Asociación Española de Matronas interviene para intentar parar el golpe bajo a las matronas en Galicia, y por extensión a todo el colectivo

responsables a las direcciones de los centros y a las instituciones sanitarias "de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación de las tareas y funciones que les sean recomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo", en orden a garantizar en última instancia el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la ciudadanía encomendada a la administración sanitaria. Por lo demás, los citados criterios ya fueron recogidos en su día y para este mismo ámbito asistencial en el vigente modelo de Atención Primaria de Galicia, diseñado por el Decreto 200/1993, de 29 de julio, cuya parte expositiva adelanta que el trabajo en este sentido, "basado en la interrelación y apoyo mutuo, y llevado a cabo por un grupo multidisciplinar de profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) que trabajan coordinadamente".

El Servicio Gallego de Salud, siguiendo las diferentes normativas profesionales de referencia para el desarrollo de las funciones inherentes a las competencias profesionales vinculadas al cuidado de la mujer, reconoce como profesionales de referencia a las matronas. Sin embargo, esto no quiere decir que las enfermeras de Atención Primaria no puedan poseer competencias que sean transversales a otros colectivos como las matronas, sin menoscabo de que estos últimos sigan actuando como profesionales de referencia en la prestación de cuidados a la mujer.

Por último, es necesario destacar que la cartera de servicios de enfermería de Atención Primaria fue aprobada en el Consejo Técnico de Atención Primaria por la mayoría de sus integrantes entre los que se encuentran representados todos los colectivos profesionales que desarrollan su labor en los Centros de Salud de Galicia a través de sus Sociedades Científicas, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales, etc. Así mismo, la cartera de servicios de las matronas todavía está pendiente de aprobación por el Consejo Técnico de Atención Primaria, en coherencia con el nuevo modelo de atención Primaria y con la relación asistencial inherente con otros colectivos profesionales, también tendrá reconocidas competencias compartidas con otros profesionales".

Con posteridad, el Consejo Técnico de Atención Primaria aprobó por unanimidad la nueva cartera de servicios de las matronas, que en el "papel" se corresponde con las competencias de estas, pero no olvidemos que el documento anterior mencionado y motivo de la reclamación está vigente. ¿Cómo se come eso?

Lo cierto es que la Comunidad Autónoma de Galicia está a la cola de la ya depauperada lista de efectivos de matronas en este país. 94 matronas en Atención Primaria en Galicia es la dotación completa para atender una población de 1.398.445 mujeres y eso, a lo largo de todo su ciclo vital, lo que hace imposible una asistencia eficaz, completa y equitativa, tanto más teniendo en cuenta la ruralidad y dispersión geográfica de gran parte de esta población. Es una vergon-

zosa realidad que Galicia ocupa el último puesto en número de matronas por habitantes en España.

A la Asociación Española de Matronas ni ha tranquilizado la respuesta de la Consellería, ¡hartos al contrario!, ni la publicación de la cartera de servicios de las matronas en Galicia. Preocupa, y mucho, que esta carencia de efectivos matronas sean suplida con enfermería generalista o de familiar y comunitaria, que se multiplican a ojos vista y así, "de forma autorizada incurrirían en intrusismo permitido y alentado por el propio gobierno autonómico", si como previsiblemente, intervienen en el cuidado de la mujer siempre con la excusa de que "no hay matronas" (no las hay obviamente porque no crean las plazas necesarias).

¡Estando vigilantes!

Lecciones no aprendidas, desconsideración, desconocimiento de la importancia del acompañamiento en el parto

Con fecha de 14 de enero reclamaban la intervención de la AEM, ante la decisión de la Gerencia del Hospital de Toledo, de prohibir el acompañamiento a las parteras COVID-19 positivo. El compromiso que la asociación española en este tema ya ha quedado demostrado a lo largo de toda esta pandemia, encabezando las reclamaciones ante las diferentes gerencias que tomaron decisiones equivocadas al respecto y no iba a ser menos en esta ocasión. De forma inmediata, y a pesar de tener un fin de semana por medio, se di-

rigieron cartas al Consejero de Sanidad, Directora Gerente, etc. Recordemos que al inicio de la pandemia en 2020, la AEM envió más de 80 cartas a direcciones, consejeros, etc. reclamando el derecho de las mujeres a tener acompañamiento durante el proceso del parto y puerperio y, afortunadamente, se resolvió en la mayoría de los establecimientos hospitalarios. En el caso de Toledo, se envió la correspondiente carta a todo el *staff* de la Consejería y gerencia. A las 48 horas se resolvió. Transcribimos el contenido de la carta.



EXCMO. SR. D. Jesús Fernández Sanz (Consejero de Sanidad de la Comunidad de Castilla-La Mancha)

SRA. DÑA. María Teresa Marín Rubio (Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria)

SR. D. Juan José Camacho Parejo (Dirección General de Salud Pública)

SR. D. Juan Blas Quilez (Gerente del Hospital Universitario de Toledo)

DRA. DÑA. Carmen Yera Bengua (Subdirectora Médica del Hospital Universitario de Toledo)

Madrid, 14 de enero de 2022

"Nos ponemos en contacto con ustedes en representación de la Asociación Española de Matronas, entidad sin ánimo de lucro, de carácter científico, fundada en 1978 y con representatividad en todo el territorio nacional.

El objeto de esta comunicación es, una vez más, la defensa de los derechos de las usuarias de esa Comunidad Autónoma en relación con el acompañamiento en el parto y nacimiento. La NOTA INTERIOR, dirigida a jefes de servicio y supervisiones, emitida por Dña. Carmen Yera Bergua (subdirectora médica) con fecha 20 de diciembre de 2021, ha producido un estado de alarma entre profesionales y usuarias ante la prohibición real (o supuesta) que les impediría compartir con sus parejas el momento único y excepcional de la llegada al mundo de sus hijos en los casos de parturienta COVID+ o sospechosa. Cuando indicamos "supuesta" apuntamos la posibilidad de que la redacción de la nota interior mencionada, no tenga la claridad suficiente y origine un problema que no es real. Pedimos aclaración a este punto, porque a pesar de que leemos que las mujeres en proceso de parto, y

Agenda | Lecciones no aprendidas, desconsideración, desconocimiento de la importancia del acompañamiento en el parto

otros expresamente detallados, no entran en la restricción del acompañamiento de un familiar, también indica la excepcionalidad, en casos de ingresos prolongados: "todo paciente ingresado en zona COVID o de sospechas, tiene prohibida las visitas a excepción de situación de los últimos días". Por nuestra parte distinguimos lo que son visitas (las cuales la prevención en la situación actual aconseja sean restringidas); sin embargo, circunstancia bien distinta es en el caso del parto y nacimiento, el acompañamiento continuado a lo largo de todo el proceso hasta el alta hospitalaria. Este último es absolutamente inaceptable negarlo, es un derecho que avala y recomienda la OMS y su negación contradice derechos consagrados que ni siquiera esta nueva situación puede justificar ya que son mayores los beneficios del acompañamiento que los posibles riesgos de contagio. Y decimos posibles, porque tomando las medidas higiénicas de prevención indicadas es bastante improbable el temido contagio. Llevamos cerca de dos años conviviendo con esta pandemia y actualmente hay suficiente evidencia científica sobre los mencionados beneficios constatados del acompañamiento en el parto. Además, la situación singular de una parturienta ante el escenario actual provoca un miedo acrecentado que solo puede paliar el acompañamiento de la persona de su elección, evitando mayores trastornos y alteraciones en los mecanismos del parto en relación al complejo sistema hormonal, que en el escenario normal fuera de la pandemia actual. (https://www.cochrane.org/es/CD011516/PREG_evaluacion-y-apoyo-durante-el-trabajo-de-parto-temprano-para-mejorar-los-resultados-del-parto)

Es cierto que ha sido necesario implementar medidas excepcionales de prevención ante la nueva situación, pero estas ya han sido protocolizadas con base en la evidencia científica por los propios profesionales expertos en la materia, similares para todos los centros hospitalarios a partir del Documento del Ministerio de Sanidad, elaborado y emitido *ad hoc* para profesionales. (https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf)

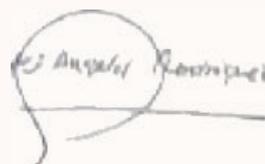
Este documento está consensuado por las entidades de carácter científico más autorizadas en la materia de nuestro país e indica las medidas necesarias a tomar ante esta situación respecto al manejo de los procesos de embarazo, parto y recién nacido. Las medidas implantadas en todo el territorio nacional por dicho documento NO PROHÍBE el acompañamiento durante el parto por una persona de elección de la parturienta. En el establecimiento sanitario que nos ocupa, el Hospital Universitario de Toledo se quebraría en el caso de prohibición del acompañamiento, aun en casos de infección confirmada o sospechosa, el principio de proporcionalidad, previsto en el artículo 54 de la Ley General de Salud Pública porque se puede evitar el riesgo con las medidas de protección necesarias. (<https://leyes.org.es/art-54-de-la-ley-33-2011/>)

Por todo lo expuesto, y ante la duda razonable sobre la intencionalidad implícita de la orden transmitida en la NOTA INTERIOR mencionada, rogamos una aclaración a la misma a fin de evitar conflictos y alarma entre profesionales y usuarias".

Atentamente,



Rosa M.ª Plata Quintanilla
Presidenta Asociación Española de Matronas



M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén
Relaciones Institucionales AEM

¿Acercamiento del Consejo General de Enfermería a las matronas?

El pasado 24 de enero tuvo lugar la presentación de las representantes matronas del pleno del Consejo General de Enfermería (CGE), Montserrat Angulo y M^a Sol Montenegro, quienes, en un primer contacto, quisieron mantener una reunión con la Asociación Española de matronas (AEM), representada por su presidenta, Rosa M^a Plata, y la Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME), representada por su vicepresidente, Daniel Morillas, para conocer de cerca su labor y apuntar posibles líneas de trabajo conjunto. Posteriormente mantuvieron otra reunión virtual con las representantes de las matronas de los 52 colegios provinciales de España.

Los temas comunes y recurrentes fueron la escasez de matronas, tanto en especializada como en primaria, y la heterogeneidad de desarrollo de competencias entre autonomías.

El previsible e inmediato relevo generacional de un elevado porcentaje de matronas sin que se esté planificando una formación que lo cubra y para lo que insistentemente las asociaciones científicas venimos alertando del conflicto y la necesidad de que las administraciones aumenten las plazas de especialistas de obstetricia y ginecología en las convocatorias EIR, so pena de poner en riesgo la buena calidad de la atención a la vida sexual y reproductiva de la mujer.

Otro tema de máxima importancia ha sido el abordaje de la prescripción para matronas que sigue "en el limbo" desde hace más de un lustro.

El Consejo, a través de las vocales, tomó notas de las peticiones y ofreció la posibilidad de formación continuada para matronas según las necesidades que les trasladáramos, algo que no debiera ser considerado como una atención especial ya que para otras especialidades el CGE lo ofrece con regularidad.

Por su parte, la presidenta de la Asociación Española de Matronas, Rosa M^a Plata, trasladó a las nuevas representantes del Consejo sus reservas ante este "acercamiento del CGE" cuando aún no ha olvidado los ecos de la última disputa mantenida con el CGE. Con fecha de 15 de junio el Consejo General de Enfermería (CGE) remitía un correo a los integrantes del Grupo *Nursing Now* España, entre los que se cuenta la AEM, para trasladarnos el texto de una carta dirigida a la comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, solicitando a todos los integrantes

nuestra adhesión a la carta que dirigían a la atención del Sr. Patxi López, Presidente de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica: Comisiones de Sanidad y Salud Pública, Sociales y Sistema de Cuidados, cuyo título era: Recomendaciones para fortalecer el sistema sanitario y social Español. Tras la lectura de la misma fue evidente para la AEM que se omitía reiteradamente la especialidad de matrona. Al menos la AEM pidió inclusiones en este sentido que el CGE no aceptó efectuar. El hecho de no hacer mención a la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y a las matronas, cuyas competencias específicas les faculta para su atención. La AEM lo juzgó como un tratamiento de agravio comparativo, y finalmente ante la negativa del Consejo a aceptar la rectificación con evasivas, decidió no firmar el citado documento.

Todo este asunto, perfectamente especificados los párrafos en conflicto, fue publicado en la revista *MATRONAS Hoy* de septiembre 2020 N° 2 Volumen 8 con el título "Plante de la AEM al CGE por la discriminación en el impulso a la especialidad de matrona y al área de salud sexual y reproductiva": <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/193/agenda/>

La Presidenta de la AEM solicitó del CGE a través de sus vocales, desconocedoras de este incidente por su reciente incorporación a la Junta del CGE, respeto a la profesión de matrona y trato igualitario en la defensa de los intereses de unos y otros especialistas enfermeros, colegiados todos con los mismos derechos y, sin embargo, las matronas hemos recibido sobradas muestras del ostracismo al que han sometido a nuestra profesión, por cierto la primera especialidad enfermera en el seno del supremo órgano colegiado de enfermería (CGE).

El tiempo nos mostrará las verdaderas intenciones del CGE, cuya cúpula está siendo investigada por la Fiscalía de Madrid ante la posibilidad de ser responsables a lo largo de las tres últimas décadas de graves delitos, cuyo abanico abarcaría desde la malversación al cohecho; igual los miembros del CGE recuerdan la locución latina "*Reddite ergo quae sunt Caesaris Caesari, et quae sunt Dei Deo*" ("Devolvedle, pues, al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios") y estos representantes de la enfermería española la ponen en práctica, asumiendo que es una necesidad, y la vez un acto de honestidad, reconocer los méritos y derechos de cada cual. Rectificar también "es de sabios".

Nueva comisión formada desde de la AEM. Retribuciones salariales de las matronas de Atención Primaria de Madrid

En enero de 2020, un buen número de matronas de Madrid solicitó la ayuda de la AEM trasladándonos el problema de la necesidad de la creación definitiva de una bolsa de empleo temporal específica para matronas (enfermeras especialistas en asistencia obstétrica ginecológica), cuya solución estaba siendo largamente demorada con el consiguiente perjuicio no solo para las/os profesionales en paro, sino incluso para la Administración responsable de la gestión del empleo en los servicios de Salud de la Comunidad de Madrid.

Se podría tachar de "histórica" la negligencia y/o indolencia de la Administración sanitaria y de los sindicatos de la Mesa Sectorial de la Comunidad de Madrid en lo relativo a la contratación eventual de matronas, ya que a la sempiterna carencia de una única bolsa específica se le sumó la "torpeza", no sabemos si intencionada o no, de crear una bolsa de trabajo temporal "preferente" a partir de la Resolución de 18 de mayo de 2015, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se constituye, se hace pública la relación de candidatos de la bolsa de empleo temporal preferente en la categoría de matrona y se dictan normas para su funcionamiento, que no solo no enmendaba la situación, sino que incrementaba el problema previamente generado incluso para la administración que a nuestro entender se puede especificar en los siguientes puntos:

- Dificultad y falta de agilidad en la cobertura de vacantes. (En la actualidad, en la bolsa preferente, tan mal creada, hay 41 matronas y 387 en la adicional, recursos que en muchas ocasiones no están disponibles por estar ya contratadas, generando imposibilidad de dar cobertura a las vacantes que surgen de forma imprevista e incluso prevista, como en los periodos de máxima necesidad como son los vacacionales).
- Desaprovechamiento de RR.HH que se han generado con recursos económicos de la propia comunidad (desde 1992 ya son más de mil matronas formadas a expensas del erario público de la Comunidad de Madrid, de las cuales aproximadamente a unas 370 graduadas entre los años 2011-2019 se les ha impedido el acceso a la contratación laboral eventual

en esta comunidad, sin contar que se impide la movilidad de otros profesionales formados en otras CC.AA.).

- Dispersión informática de los RR.HH. obligando indirectamente a crear microbolsas de empleo en cada institución sanitaria de la red necesitada de cobertura de vacantes, en muchos casos, con carácter de urgencia extrema, lo que obviamente no facilita la transparencia, y equidad en las contrataciones.
- Incumplimiento por parte de la Administración, como exige el ordenamiento jurídico actual en la materia, de que el acceso al empleo público se rija por los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad.

Tras muchas reuniones y escritos, finalmente la bolsa de matronas de Madrid es una realidad, aunque no carente de problemas: errores de baremación y sin que se hayan suprimido los "bolsines de muchos centros", con los que estos venían operando para cubrir las sustituciones, debido a la inexistente centralización de una bolsa de empleo ágil y transparente.

Ahora a las matronas de Madrid les sobreviene un nuevo problema tras la aprobación mejoras salariales para los profesionales dentro del Plan de Mejora Integral de Atención Primaria 2022/23 del Gobierno de la Comunidad de Madrid, que acaba de aprobar. Directamente, las matronas (fisioterapeutas, odontólogos, trabajadores sociales) se quedan fuera de este plan de mejora Integral de la Atención Primaria, algo que a todas luces es absolutamente injusto y motivo por el cual un grupo de matronas, especialmente activas y comprometidas como ya demostraron con anterioridad, solicitan una vez más la ayuda a la AEM para coordinar acciones a fin de lograr revertir esta injusticia tamaño que no reconoce la cartera de servicios y especificidad de las funciones de las matronas dentro del Equipo de Atención Primaria.

Es inaudito que las matronas, con cualificación superior a las enfermeras y formando parte de los equipos de Atención Primaria, con este nuevo sistema retributivo,

no solo mantengan la diferencia salarial a la baja a pesar de su especialización, sino que incluso desmejoren las condiciones económicas, ya que con este acuerdo no se les retribuye como a las enfermeras, conceptos como ruralidad o complemento de productividad fija por atención domiciliaria y el pago por TSI es mínimo.

La Consejería, que de forma unilateral, sin el respaldo de las organizaciones sindicales, aprobó estas mejoras, tendrá que reflexionar y dar marcha atrás con este Plan que supone un agravio comparativo para todos los profesionales del equipo de Atención Primaria, que

en el caso de las matronas se acrecienta aún más si contamos con que no se han tenido en cuenta los tramos de la población atendida por matronas, que es a lo largo de todo el ciclo vital de las mujeres, tienen asignadas poblaciones desproporcionadas y, su nivel superior de formación, *a priori*, ya requeriría una retribución superior a la de las enfermeras generalistas.

Por esta circunstancia, y para seguir instando a la Consejería a una mejora general y en particular de la asistencia a la mujer realizada por matronas, trabajará la nueva Comisión formada desde la AEM.



Próximias convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS



Experto en Gestión de Enfermería en Centros Escolares

- Modalidad: online
- Duración: 775 horas



Experto en Úlceras y Heridas Crónicas

- Modalidad: online
- Duración: 650 horas



Máster en Enfermería Quirúrgica

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



Fechas de
inicio desde
el 04/04/22

