



SUMARIO

Editorial

Originales

- Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH de bajo riesgo en la región de Valparaíso, año 2022

Revisiones

- Cuando el embarazo da un giro inesperado: consulta de matrona en diagnóstico prenatal
- Alcance de la evidencia de los consultores de lactancia en la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años

Artículo especial

Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos

Caso clínico

Confusión en la interpretación de la frecuencia materna como frecuencia cardíaca fetal en un caso de muerte fetal anteparto: a propósito de un caso

Echando la vista atrás

Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades Enfermeras. 1ª parte

Entrevista

- María Paz de Miguel Ibáñez

Agenda



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

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

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

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

Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Bernardino Obregón, 30. 28012 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

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

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por





Sumario • Summary

Vol. 11 - nº 2 septiembre -noviembre 2023

Editorial

4

Originales

- Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH de bajo riesgo en la región de Valparaíso, año 2022..... 6
 Felipe Calderón Canales, Francisca Carolina Bravo Rojo, Isadora Valentina Gómez Molina, Paula Javiera Isidora González Cepeda, Javiera Francisca González Miranda, Javiera Antonia Jara Zamora, Camila Ivette Jojot Torrecilla, Fiorella Clodhet Marchant Muñoz

Revisiones

- Cuando el embarazo da un giro inesperado: consulta de matrona en diagnóstico prenatal 16
 Julia Berdún Pueyo
- Alcance de la evidencia de los consultores de lactancia en la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años 25
 Nicol Bohle-Pérez, Paula Castañeda-Hernández, Cinthya Knöpke-Antimán, Camila Inostroza-Kortmann, Carolina Ojeda-Barria, Javiera Ortega-Maldonado, Macarena Martínez-Órdenes

Artículo especial

- Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos 33
 M^a Isabel Castelló López

Caso clínico

- Confusión en la interpretación de la frecuencia materna como frecuencia cardiaca fetal en un caso de muerte fetal anteparto: a propósito de un caso 40
 Elena Fernández García, Marta Losada Martínez

Echando la vista atrás

- Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades Enfermeras. 1ª parte..... 52
 Rosa M^a Plata Quintanilla

Entrevista

- Entrevista a María Paz de Miguel Ibáñez 60

Agenda

- Celebración del Día Internacional de la Matrona: la AEM con la Asociación de Matronas de Aragón 68
 Participación de la AEM en el borrador del Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023)..... 70
 La AEM formará parte del panel de expertos del *Women's Health Professional Care* (WHPC) 72

Editorial

Distanciamiento inveterado y freno constante por parte del Consejo General de Enfermería hacia las matronas

No es de ahora que las matronas reivindiquen un papel específico dentro del área de salud y no precisamente desde el ámbito de la enfermería, sino fuera de esta, retornando a la profesión independiente que fue la de matronas hasta 1957, lo que a la vez lleva emparejado poseer propios órganos de decisión y defensa de la profesión, como mantuvo hasta la aciaga unificación impuesta en 1977, ilegalmente declarada por el Tribunal Supremo. Y esto es un clamor que ha ido creciendo desde aquella funesta fecha en la que las matronas salieron a la calle para defender lo que era suyo por derecho y que avanzando el tiempo, y viendo que las predicciones de la inequidad que las matronas íbamos a sufrir en el seno del conjunto enfermero se cumplen, no queda duda del deseo generalizado de las matronas de: INDEPENDENCIA.

No sé si hablar de sorpresa por el desconocimiento del Presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, cuya larga andadura por los andurriales de la representación colegial enfermera le tendrían que mantener informado de la realidad, o de cinismo negando la evidencia cuando en unas declaraciones hechas a *Redacción Médica* (mayo 2023) afirmaba: "No creemos que este planteamiento sea compartido por la mayor parte de las matronas".

Curiosamente el presidente, que dice poner en valor el papel de la especialidad de Matronas dentro de Enfermería, aseguraba en la misma entrevista que "Las matronas son enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, al igual que hay muchas otras enfermeras especialistas en ámbitos como la Salud Mental, Pediatría o Familiar y Comunitaria". Bueno, esto es lo que se llama "una de cal y dos de arena", porque he de recordarle que cuando no existían las especialidades enfermeras, ni siquiera la Enfermería como profesión, la de matronas era una profesión consolidada desde el siglo XIX y presente como oficio desde los albores de la humanidad. Es más, cuando empezaron a desarrollarse las especialidades enfermeras a partir de 1957, para la mayoría de aquellos profesionales especialistas no se definieron los puestos de trabajo ni las funciones, como mayoritariamente en la actualidad para las nuevas de Salud Mental (2000), del Trabajo (2009), Pediatría, Geriatria, Familiar y Comunitaria (desde 2010).

Sr. Presidente, en lo que sí estoy de acuerdo de sus declaraciones es que a pesar de "los palos puestos en las ruedas del carro de las matronas", siempre pocas (me refiero a las matronas, obviamente, porque con los palos ya guardados tenemos una hermosa leñera), "hay excelentes enferme-

ras con seis años de formación reglada que aportan una excelente calidad al sistema sanitario", ¡qué gran verdad! y esto, al menos las matronas, ya lo han demostrado con cifras, lo del resto de especialistas está por demostrar, pero yo me pregunto: ¿de qué nos ha servido y nos está sirviendo, amén de abrigar un alto sentimiento de orgullo profesional del que no se come?

A día de hoy, y a pesar de ser la de Matronas la única especialidad enfermera en España con Regulación por Directivas Europeas propias desde la década de los 80 y cuya identidad está clara, hay ataques contra sus competencias, que las matronas sentimos que el CGE no defiende, como la intrusión en la cartera de servicios de estas, la prescripción autónoma para matronas sin resolver, etc.

Se equivoca D. Florentino en apuntar como otro problema de la profesión enfermera "el escaso desarrollo competencial que muchas de las especialistas tienen en su campo de actuación comparativamente con las generalistas, pues esto es un aspecto clave en el desarrollo de la profesión enfermera". Lo cierto es que sin especialidad los enfermeros generalistas, en todos los campos de salud excepto en el área de la salud sexual y reproductiva, han cumplido su función, pero las matronas siempre en su campo lo han hecho tras su especialización, por cierto, cursada "como mandan los cánones" ya que ninguna matrona ha accedido ni accederá a la especialidad por la vía extraordinaria en la que han titulado ya a varios miles de enfermeros en otras áreas.

Habrà muchos que no sepan que el penacho de plumas que los milicianos progresistas llevaban en el gorro, tras la Constitución de Cádiz de 1812, les hacía visibles desde la lejanía y de ahí que la prensa del siglo XIX comenzara a decir que a los políticos de esta misma tendencia "se les veía el plumero", en referencia al mencionado penacho de plumas, lo que en épocas posteriores nos sirve para poner "en solfa" a alguien cuando se advierten sus intenciones o tendencias. Por eso permítame utilizar esta expresión coloquial para decirle, Sr. Presidente, que "se le ha visto el plumero en toda su altura" cuando afirmaba que "no es necesario una coordinación de matronas en Atención Primaria, la coordinación y gestión debe estar en manos de los profesionales con mejor formación y competencia en gestión". Ante tamaño desatino no puedo por menos que replicarle: ¿pero, Sr. Presidente, no se acuerda usted que las matronas antes de ser matronas son enfermeras? Pues fíjese qué lógico es que la coordinación de matronas

que actualmente y en casi todas las gerencias de España la administra una enfermera o enfermero, la gestione una matrona que sabe de enfermería y de matronería ¿o es que de antemano presupone que las matronas son incapaces para la gestión, o que solo se forman en este campo los enfermeros de base? No se equivoque y menos cuando hace declaraciones públicas que lo escrito, escrito queda...

En contra de lo que usted ha afirmado que *"establecer nuevas divisiones jerárquicas o administrativas a la carta, o nuevos grados independientes, no puede ser parte de la solución"*, ya le decimos las matronas que para nuestro colectivo sería un alivio, un respiro, aunque el esfuerzo hasta llegar a ello sabemos de antemano que costará mucho arrojado y tiempo, porque ya contamos con que a "este carro en el que se subirán las matronas cuando el momento sea más propicio", como siempre, no le faltarán más palos en sus ruedas.

Por lo que sí he de felicitarle, Sr. Presidente, aunque realmente es su trabajo y además es una reclamación que viene de lejos, es por sumarse a la denuncia sobre la falta de matronas en España con el resultante impacto negativo en la salud de la población; cierto es que me queda la duda de si lo siente o hizo estas declaraciones obligado por los medios de comunicación que le pedían entrevistas en el Día Internacional de la Matrona... Aunque aquí también tengo que hacerle una reconvencción porque con los datos del INE que utiliza usted, y que son justamente los que este organismo recaba a través del CGE que usted preside, no salen tampoco las cifras exactas; no hará falta recordarles que el CGE solo exige la colegiación como enfermero no como especialista, con lo cual podrían estar infraestimadas las cifras, pero por otra parte muchos de los títulos contabilizados no implican que los profesionales especialistas estén trabajando, en este caso, como matronas. La paradoja es que faltan matronas y NADIE hace nada para que las tituladas/os lo hagan en su campo y así en muchas ocasiones, estos tengan que guardar su título en la carpeta del olvido y optar por los contratos menos precarios o que mayor estabilidad y mejores condiciones laborales les ofrezcan, aunque sea como enfermeros generalistas.

También es verdad que hay diferencia por autonomías en cuanto al ratio de matronas, aunque los datos que aporta y que anteriormente han publicitado algunas representa-

ciones sindicales a las que también se les ha advertido por la inexactitud de estos, tampoco se pueden considerar válidos por la razón antes alegada. Sr. Presidente, la situación de las matronas es peor que la del contexto de situación en que nos enmarca.

Y a pesar de todo, como hay que ser justo y reconocer a cada uno sus méritos, tengo que decir que le ha quedado redondo el párrafo donde afirma, en relación con el mermado número de matronas y las diferencias autonómicas, que esto *"supone un retroceso en los cuidados de las mujeres de aquellas comunidades con un menor número de matronas, así como una sobrecarga de trabajo de las profesionales, que, después de tres años de pandemia, se encuentran exhaustas"*. Sin duda, "pleno al quince", Sr. Presidente, menor número de matronas pone en riesgo la salud sexual y reproductiva de las mujeres a la que irrefutablemente tienen derecho; por otro lado, la asistencia obstétrica prestada por matronas ni cierra ni reduce la actividad asistencial ninguno de los 365 días del año y tampoco lo hizo por la pandemia frente a la mayoría de servicios sanitarios que sí lo pudieron hacer.

Sr. Presidente, como he observado que se sabe muy bien los ratios que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece, una matrona para cada 3.000 mujeres y que la media española está en una matrona por cada 12.000/15.000 mujeres en edad fértil, apuntando incluso que las matronas atienden a mujeres también fuera de esos límites de edad, solo nos queda decirle que ya tiene datos sobrados para actuar en consecuencia defendiendo a las matronas y su trabajo, como corresponde al Presidente del CGE. Y no se equivoque al pensar que diciendo esto pedimos un trato de favor, no, la realidad es la que es y por eso no consentiremos que NADIE menosprecie o ignore a las matronas en ninguna circunstancia y seguiremos exigiendo a la institución colegial (CGE), que hoy por hoy representa a las matronas, que actúe con equidad y justicia como es exigible al órgano regulador y autoridad competente de la profesión enfermera en España.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Presidenta de la Asociación Española de Matronas

Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH de bajo riesgo en la región de Valparaíso, año 2022

¹ Felipe Calderón Canales
² Francisca Carolina Bravo Rojo
² Isadora Valentina Gómez Molina
² Paula Javiera Isidora González Cepeda
² Javiera Francisca González Miranda
² Javiera Antonia Jara Zamora
² Camila Ivette Jojot Torrecilla
² Fiorella Clodhet Marchant Muñoz

¹ Magíster en Salud Pública. Académico carrera de Obstetricia. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello. Viña del Mar (Chile).

E-mail: felipe.calderon.canales@gmail.com

² Licenciado/a en Obstetricia (Matrón/a). Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Viña del Mar (Chile).

Fecha de recepción: 3 de mayo de 2023.
Fecha de aceptación: 3 de julio de 2023.

Cómo citar este artículo:

Calderón Canales F, Bravo Rojo FC, Gómez Molina IV, González Cepeda PJI, González Miranda JV, Jara Zamora JA, et al. Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH de bajo riesgo en la región de Valparaíso, año 2022. *Matronas Hoy* 2023; 11(2):6-15.

Resumen

Introducción: la condilomatosis es una infección de transmisión sexual (ITS), causada por el virus del papiloma humano (VPH) de bajo riesgo, caracterizada por la presencia de verrugas genitales en la zona perianal, principalmente, aunque no de forma exclusiva, que puede alterar varios aspectos de la calidad de vida de las personas afectadas, razón por la que se considera relevante analizar la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial que abarca la forma de vivir y los cambios enfrentados, a través de la evaluación del grado de disconfort producido por las manifestaciones clínicas padecidas y los principales aspectos de la vida afectados por estas.

Objetivo: analizar la calidad de vida de las personas con útero que dentro del periodo de los últimos tres años fueron diagnosticadas con el VPH de bajo riesgo en la Región de Valparaíso (Chile).

Material y métodos: estudio descriptivo transversal de tipo cuantitativo, se aplica una encuesta con 21 preguntas dicotómicas de tipo cerradas, a personas con útero diagnosticadas con VPH, que hayan presentado condilomas dentro del periodo de los últimos tres años, con edad entre los 18-40 años, de nacionalidad chilena, y con residencia en la actualidad en la Región de Valparaíso.

Resultados: se evidenció un gran porcentaje de personas asintomáticas con presencia de verrugas genitales, una alta vigencia de Papanicolaou (PAP) y efectividad en los tratamientos, un alto porcentaje en la atención en sistema privado, como también una baja calidad de vida al momento del diagnóstico, pero con una mejoría después de ser tratada.

Conclusión: los factores más determinantes al momento del tratamiento fueron la efectividad de este, conocimiento sobre la enfermedad y sus riesgos, y la concienciación sobre la importancia de controles y del PAP.

Palabras clave: ITS; VPH; condilomatosis; calidad de vida; matronas.

Abstract

Quality of life in persons with uterus who are low-risk carriers of HPV in the Valparaíso region, year 2022

Introduction: condyloma is a sexually transmitted disease (STD) caused by the human papilloma virus (HPV) with low risk. It is characterized by the presence of genital warts mostly in the perianal area, though not exclusively, which can alter different aspects of the quality of life of those persons affected. For this reason, it is considered relevant to analyse the disease from a biopsychosocial perspective, including lifestyle and changes faced, through an assessment of the level of discomfort caused by the clinical signs experienced, and the main aspects of life affected by these.

Objective: to analyse the quality of life of persons with uterus who were diagnosed with low risk HPV within the last three years in the Valparaíso Region (Chile).

Materials and methods: a descriptive cross-sectional quantitative study. A survey with 21 dichotomous closed questions was applied to persons with uterus diagnosed with HPV, who had presented condyloma during the period of the last three years, with ages between 18 and 40 years, Chilean nationality, and residence in the Valparaíso Region.

Results: a great proportion of asymptomatic women with presence of genital warts was observed, as well as a high validity of Papanicolaou (PAP) tests and efficacy in treatments, a high proportion in care within the private system, and also a low quality of life at the time of diagnosis, but with improvement after receiving treatment.

Conclusion: the most determining factors at the time of treatment were its efficacy, knowledge about the condition and its risks, and awareness of the importance of monitoring and the PAP / smear test.

Key words: STD; HPV; condyloma; quality of life; midwives.

Introducción

La presente investigación se centra en la presencia en personas con útero infectadas por el virus del papiloma humano (VPH), de condilomas acuminados, que, según la División de la Prevención y Control de Enfermedades del MINSAL (Ministerio de Salud en Chile), es la infección de transmisión sexual más frecuente en Chile, afectando principalmente a hombres y mujeres jóvenes y definida por el propio MINSAL como una infección de transmisión sexual causada por el VPH¹.

Existen más de 30 genotipos de VPH que pueden infectar la región genital y anal.

Algunos de estos genotipos de VPH se han asociado al desarrollo de cáncer genital¹.

El VPH es una causa común de infección cutánea y mucosa, y los condilomas acuminados, también conocidos como verrugas anogenitales, son manifestaciones de la infección por VPH que ocurren en un subgrupo de personas con infección anogenital por VPH. La condilomatosis externa, lesiones nodulares benignas más comunes de la vulva², generalmente se manifiesta como pápulas blandas o placas en los genitales externos, la piel perianal, el perineo o la ingle.

Aproximadamente el 90% de las verrugas anogenitales están asociadas con los tipos de VPH 6 y/u 11, que son de bajo potencial oncogénico²⁻⁵.

Para entrar en materia, es preciso señalar las generalidades de esta infección¹.

Manifestaciones y síntomas

El VPH es una causa común de infección cutánea y mucosa, y los condilomas acuminados son manifestaciones de la infección por VPH que ocurren en un subgrupo de personas con infección anogenital por VPH.

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de lesiones únicas o múltiples con aspecto de coliflor, pápulas blandas o placas en los genitales externos, la piel perianal, el perineo o la ingle. Pueden o no producir prurito (picazón) en la zona afectada (genitales, vulva, ano o boca).

Diagnóstico

Es de carácter clínico realizando una exploración física por parte del profesional prestador de la atención (fundamentalmente ginecólogos y matronas por ser los profesionales especialistas en el área de salud sexual y reproductiva).

Transmisión

Los condilomas se transmiten por el contacto directo con las verrugas a través de roce o fricción. La infección se transmite de una persona a otra por contacto directo.

Prevención

Una persona que tiene verrugas debe evitar el contacto sexual hasta que haya terminado su tratamiento para cortar la cadena de transmisión de esta enfermedad.

El uso del preservativo o condón disminuye el riesgo de transmisión solo si este cubre la zona afectada.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la eliminación de las verrugas sintomáticas, mediante medios físicos, químicos o inmunológicos (dependiendo de la extensión y localización de las lesiones). Es recomendable que las personas mantengan un control de salud periódico y acudan de forma oportuna si las verrugas reaparecen.

El tratamiento se completará con la entrega de una información pertinente y clara a la persona portadora del virus, resaltando en esta que aun realizando las terapias correspondientes solo podrían reducirse los condilomas, pero no eliminar la infectividad por completo, ya que existen estudios clínicos que demuestran la presencia del virus en los tejidos genitales aún después del tratamiento¹.

Se recomienda combinar los tratamientos y dar seguimiento cercano a los pacientes, sobre todo durante los primeros tres meses, que es cuando más recidivas se producen, e insistirles en que la utilización de preservativos disminuye el riesgo de transmisión a individuos no infectados.

Condilomatosis y afectación de la calidad de vida

La Norma General Técnica de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual refiere que la mayoría de las infecciones por VPH son subclínicas o no detectables, es decir, habitualmente son asintomáticas, presentando así una mayor problemática para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, ya que no permite que las personas que adquieren el virus sepan que son portadoras de este, el cual de forma oculta y paulatina va afectando no solo su organismo, sino también su calidad de vida, pudiendo detectar esta condición años después⁶.

Para analizar la afectación de la calidad de vida por causa de la condilomatosis es necesario revisar la definición del concepto de calidad de vida, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales⁷.

El cuidado de la salud es esencialmente una transacción humanista donde el bienestar del paciente es un objetivo primordial. Al exigir evaluaciones de la calidad de vida en la atención de la salud, la atención se centra en este aspecto de la salud y las intervenciones resultantes prestarán mayor atención a este aspecto del bienestar de los pacientes. La evaluación de la calidad de vida de la OMS reafirma su compromiso con la promoción continua de un enfoque holístico de la salud y la atención de la salud, como se enfatiza en la definición de salud de la OMS como *“Un estado de bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias”*⁸.

Relacionando las definiciones anteriores con la infección de bajo riesgo causada por el VPH se puede establecer un vínculo con la importancia del desarrollo de un correcto, óptimo y sano modo de vivir, explicando este con una acción bastante simple que sería el uso de preservativo al momento del acto sexual. A la vez, adoptar esta prevención demuestra una actitud personal responsable relacionada con el cuidado tanto de su salud sexual y reproductiva como de forma general, para así mantener un equilibrio y bienestar físico, sin exposición a ningún tipo de infección o patología que, por vía sexual, pueda desarrollar en el futuro, y lograr un estado psicológico libre de preocupaciones o pensamientos negativos que puedan invadir su mente, un nivel de independencia elevado al poder decidir sobre su cuerpo y cuidar de él.

Protegerse a sí mismo y proteger a la pareja, visto desde un ámbito de las relaciones sociales, se puede conseguir al poseer una mayor información sobre el uso de este método de barrera en su doble función: la prevención de infecciones de carácter sexual y su capacidad anticonceptiva previniendo embarazos no deseados, si fuese esta una necesidad también, pudiendo permitirse así vivir sus creencias personales de una manera sana y segura.

General

Analizar la calidad de vida de las personas con útero que dentro del periodo de los últimos tres años fueron diagnosticadas con el VPH de bajo riesgo en la Región de Valparaíso (Chile).

Metodología

Diseño de estudio

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, de carácter transversal, con un enfoque retrospectivo, ya que observa, estima y analiza la prevalencia de lo que se desea investigar en un tiempo determinado, dado a través una encuesta que se realizará a una población en específico,

en la cual se obtendrá la información por medio de una muestra representativa a cada pregunta planteada.

Población

El estudio descriptivo transversal tiene como población seleccionada a las personas chilenas con útero de entre los 18-40 años, que en una ocasión hayan sido diagnosticadas con el VPH, que hayan presentado condilomas y que actualmente residan en la Región de Valparaíso.

Muestra

Se efectúa un estudio descriptivo de tipo cuantitativo, donde se estudiará a 63 personas con útero de entre 18-40 años, a las cuales se les haya realizado el diagnóstico de portadoras de VPH de bajo riesgo y que hayan presentado condilomatosis y llevado a cabo su tratamiento, en un periodo determinado de los últimos tres años.

Criterios de inclusión

- Personas con útero diagnosticadas con VPH, que hayan presentado condilomas (verrugas), dentro del periodo de los últimos tres años.
- Personas con útero entre los 18-40 años.
- Nacionalidad chilena.
- Residentes en la actualidad en la Región de Valparaíso.

Procedimientos de obtención de datos

Se procederá a la obtención de datos a partir de un instrumento cuantitativo, es decir, una encuesta realizada por Google Forms, la cual consta de 21 preguntas dicotómicas de tipo cerradas, donde se extraerá y recopilará la información a través de una muestra representativa. Con el desarrollo del instrumento de medición escogido, el citado formulario, cuyas preguntas responderá la población seleccionada, se procederá a corroborar todos los criterios de inclusión determinados en el presente estudio, para así confirmar que no existe ningún tipo de error en este punto, realizando una filtración si fuese necesario para no generar o implementar márgenes de errores.

Instrumento de registro

El instrumento a utilizar serán los gráficos extraídos de la encuesta de Google Forms, programa que permite fácilmente crear y publicar formularios facilitando la vista de los resultados de manera gráfica de las respuestas obtenidas y determinando finalmente un porcentaje a cada respuesta de todas las preguntas planteadas.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos serán realizados con el *software* JASP, el cual permitirá realizar unos análisis estadísticos de los resultados obtenidos en la encuesta y así relacionar las variables a estudiar. La significancia estadística para este estudio se estableció con un valor de *p* menor o igual a 0,05.

Resguardos éticos

En esta investigación se ha tenido presente que la entrega de autorización y confirmación de la voluntad propia de cada una de las personas que responden la encuesta, es decir, su consentimiento informado sobre su colaboración en el presente estudio, implica su voluntad de participación y, por parte de los investigadores, el compromiso de resguardo de su anonimato y confidencialidad en esa investigación garantizando que los datos obtenidos en la encuesta serán utilizados exclusivamente con fines meramente científicos.

Resultados

Resultados generales

- Proporción de afectados presente en la muestra: se detecta una proporción mayor de enfermedad en el rango de edad entre los 22-25 años con un total de 32 personas, lo que representa un 50,7% de las personas encuestadas, seguido por 11 personas, esto es el 17,4%, de la edad de 26-29 años.

También es cierto que la mayor parte de los participantes están en el rango de edad 22-25 años.

- Presentación de la enfermedad relacionada con la orientación sexual: se contabiliza una mayor presencia entre las personas con orientación heterosexual, con un 68,2% de los casos, seguidos por un 31,7% de personas que se consideran bisexuales, y un 0% de personas encuestadas que se determinan como homosexuales.
- Trazabilidad en el proceso de diagnóstico: el mayor volumen de diagnósticos se produjo en el año 2019 con un número de 28 personas, equivalente al 44,4% de los encuestados, seguido por el año 2020 con 18 personas, equivalentes al 28,5% del total de los participantes en la encuesta.
- Edad: el rango de edad que mayor presencia de diagnóstico de verrugas genitales corresponde al de 18-21 años de edad, lo que arroja un porcentaje del 42,8%, seguido por el rango de entre 22-25 años de edad que corresponden al 33,3% del total de encuestados.
- Sistemas de atención de diagnóstico y tratamiento: mayoritariamente las personas para diagnóstico y trata-

miento de su condilomatosis recurrieron el sistema privado, con un total de 39 personas que supone el 61,9%, seguido por el recurso del sistema público con 24 personas que equivale al 38,1% de los encuestados.

Resultados en función de las variables

En relación con los tres parámetros evaluados (vigencia control ginecológico, vigencia PAP y realización de examen VPH molecular) se destaca:

- Para el grupo de edad de 22-25 años en los resultados acerca de la vigencia de controles, la respuesta obtenida de 24 personas es afirmativa (38,1%) con un valor de *p* equivalente a 0,019.

Respecto a la vigencia del Papanicolau (PAP) anual con una resaltada respuesta positiva, de un total de 32 personas representando un 50,8%, con un valor *P* de 0,206, y finalmente en la realización de la prueba de VPH molecular destaca la respuesta negativa al procedimiento, con un total de 24 personas representando el 38,1%, con un valor de *p* de 0,133.

- Frente a la siguiente variable, la orientación sexual, destaca con mayor prevalencia en los tres parámetros evaluados la heterosexualidad, donde en la relación con la vigencia de controles la respuesta Sí lidera con un total de 26 personas, representando al 41,3%, con un valor de *p* de 0,051; continuando con la vigencia del PAP anual resalta la respuesta afirmativa en 39 personas, lo que representa a un 61,9%, con un valor de *p* de 0,556, y finalmente en la relación existente con la realización de la prueba de VPH molecular destaca la respuesta NO con un total de 30 personas representando al 47,6%, con un valor de *p* de 0,079.
- La última variable, la relacionada con la elección de los sistemas de atención de salud para dar respuesta al problema, en los tres parámetros, es el sector privado el que registra, respecto a la relación existente con la vigencia de controles, un mayor número de respuestas afirmativas, 32 personas que representan al 50,8% del total, con un valor de *p* de 0,003; en cuanto a la vigencia del PAP reflejan una preferencia de la respuesta Sí de 38 personas, representando al 60,3% del total, con un valor de *p* de 0,044; por último, la relación existente con la realización de la prueba de VPH molecular proyecta una respuesta negativa al procedimiento de 27 personas, un 42,9% del total de la muestra con un *p* valor de 0,098.

En la Tabla 1 se observan los valores para las variables estudiadas en la evaluación de la efectividad del tratamiento y las manifestaciones clínicas.

Respecto a la primera variable se evidenció que existe una mayor presencia entre los 22-25 años en los dos paráme-

Tabla 1. Manifestaciones clínicas y efectividad del tratamiento de condilomatosis en las personas con útero, Región Valparaíso, 2022

	Efectividad tto. condilomatosis			Manifestaciones clínicas					
	Sí	No	P	Edema vulvar	Prurito vulvar y vaginal	Coitorragia	Verrugas genitales	Asintomática	P
Edad									
18-21 años	5	1	0,074		2		3	1	0,001
22-25 años	27	5				4	24	4	
26-29 años	9	2			4		3	4	
30-33 años	3					3			
34-37 años	4	3			1		3	3	
38-40 años	1	3					1	3	
Orientación sexual									
Heterosexual	35	8	0,311		6	6	24	7	0,152
Bisexual	14	6			1	1	10	8	
Profesional de atención									
Ginecólogo/a en atención presencial	34	5	0,010		7	4	22	6	0,032
Matrón/a en atención presencial	13	7				3	12	5	
Otro profesional de salud		2						2	
Autodiagnóstico	2							2	
Se considera el valor de p como válido si es < 0,05 Los cuadrados de fondo gris representan a 0 personas en esa categoría									

tros evaluados, la relación con la efectividad del tratamiento ofrece una respuesta afirmativa de 27 personas y negativa en el caso de 5, con un valor p de 0,074.

En las manifestaciones clínicas dentro de este rango etario, 24 personas presentaron como sintomatología verrugas genitales, cuatro presentaron coitorragia y cuatro fueron asintomáticas presentando un valor p de 0,001.

En la siguiente variable que evalúa la orientación sexual se evidenció un mayor número de los que se identifican como heterosexuales, de las cuales 35 respondieron SÍ a la efectividad del tratamiento, mientras que ocho de ellos respondieron NO, obteniendo un valor de p de 0,311. Por

otro lado, en relación con las manifestaciones clínicas, 24 de ellos refirieron haber tenido verrugas genitales, seis coitorragia, seis edema y prurito vulvar y vaginal, y siete refirieron ser asintomáticos lo que se traduce en un valor p de 0,152.

En relación con la variable profesional de atención, se contabiliza un mayor número de personas atendidas por médico/ginecólogo, de las cuales 34 afirmaron la efectividad del tratamiento, frente a cinco que dieron respuesta negativa. Cuando fue matrón/a el profesional de atención elegido, 13 personas comunicaron la efectividad del tratamiento frente a siete que no, otorgando un valor p de 0,010.

Por otro lado, respecto a las manifestaciones clínicas, 22 personas atendidas por un médico ginecólogo respondieron haber manifestado verrugas genitales, mientras que los atendidos por matronas que refirieron verrugas genitales fueron 12, otorgando un valor p de 0,032.

En la Tabla 2 se puede apreciar que para la edad de 22-25 la calidad de vida de personas con útero portadoras de VPH con manifestaciones clínicas fue en su mayoría la elección de insatisfecha calidad de vida. En los ámbitos de la vida afectados al momento del diagnóstico,

Tabla 2. Aspectos de la calidad de vida en personas con útero portadoras del VPH, según su edad, orientación sexual

	Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH con manifestaciones clínicas			Ámbitos de la vida afectados en el momento del diagnóstico						Calidad de vida actual		
	Sí	No	P	Bienestar físico	Necesidades individuales	Bienestar emocional	Condición de salud	Económico	Social	1-2	3	4-5
Edad												
18-21 años	3	3		1	6	6	1	4	1	1		5
22-25 años	12	6	10	5	18	21	6		3			30
26-29 años	3		8	6	7	8	5	2	6			11
30-33 años	3											3
34-37 años	4	3			2	2	3					5
38-40 años	1	1		3	2	2	1		1	2		2
Orientación sexual												
Heterosexual	16	12	13	13	29	27	13	6	8	2		38
Bisexual	10	1	5	2	6	12	3		3	1		18
Se considera en los grados de calidad de vida: • 1-2: insatisfecha calidad de vida, 3: regular calidad de vida, 4-5: buena calidad de vida Se considera el valor de p como válido si es < 0,05 Los cuadrados de fondo gris representan a 0 personas en esa categoría												

la mayor parte fue afectada en el bienestar emocional, y en su calidad de vida actual (tras el tratamiento) el 100% de estas seleccionó una buena calidad de vida.

De la misma manera y relacionado con la orientación sexual heterosexual de personas con útero portadoras de VPH con manifestaciones clínicas, este grupo fue el mayor manifestando en su mayoría una insatisfecha calidad de vida. Así también en ámbitos de la vida afectados al mo-

mento del diagnóstico fueron las necesidades individuales las más afectadas y finalmente en la calidad de vida actual (tras el diagnóstico y tratamiento), la mayoría refirió una buena calidad de vida.

Discusión

Dentro del primer análisis se establece que, entre el total de las personas con útero encuestadas, la edad con mayor prevalencia al momento de participar en el estudio es el

rango etario entre los 22–25 años (50,8%), seguido por los 26–29 años (17,5%), dejando con la edad con menor frecuencia al rango entre los 30–33 años (4,8%).

Al relacionar este factor con la edad en la cual la persona fue diagnosticada por condilomatosis se demostró un gran porcentaje en el rango etario entre los 18–21 años (42,9%), seguidos por los 22–25 años (33,3%), dejando menor frecuencia los rangos entre los 30–33 y 34–37 años, en los que no se obtuvieron respuestas.

Por tanto, es posible determinar que la edad con mayor frecuencia de las personas participantes fue del rango entre los 22–25 años, donde el momento en que fueron diagnosticadas por condilomatosis en los últimos tres años fue a una edad entre los 18–21 años, concordando así con la base teórica científica que establece que la máxima incidencia de dicha infección ocurre dentro de la primera década después del inicio sexual, generalmente entre las edades de 15 a 25 años, estando íntimamente relacionada con el número de parejas y contactos sexuales¹⁰, edad concordante con los resultados de este estudio.

Se debe destacar que en el año 2014 se comenzó a implementar la administración de vacunas contra el VPH en niñas de 4° básico y en 2015 la segunda dosis correspondiente a niñas de 5° básico, teniendo esta una buena respuesta y logrando incorporar también a niños en el año 2019 con la misma cantidad de dosis^{6,9}.

Por otro lado, se ha enfatizado bastante en las normas nacionales que indican que el PAP debe comenzarse a realizar desde los 25 años en adelante (25–64 años) y en personas donde haya transcurrido un año del inicio de sus relaciones sexuales, con un grado de evidencia fuerte dado que ofrece un equilibrio razonable entre los beneficios y los riesgos¹¹. De esta manera se contribuye a mantener una población más informada y potencialmente con mayor prevención, actividad en la que debieran participar activamente las matronas en respuesta a su labor preventiva en salud.

Ya se conoce que la infección persistente con cepas de VPH de alto riesgo puede derivar en cáncer de cuello uterino, así como lesiones precursoras, las cuales pueden ser detectadas y diagnosticadas a tiempo con el PAP, por lo que es muy importante que se realice esta prueba regularmente, para reducir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad infecciosa a través de la evaluación ginecológica.

El principal factor de riesgo para persistir con una infección por VPH, además de la edad, es tener un PAP con resultado anormal¹².

La relación existente entre el sistema de salud privado y público en la realización del examen VPH molecular es que la mayoría de las personas con útero no se lo realizan, debido a que, en el caso del sistema público, ya sean CESFAM (Centros de Salud Familiar) u hospitales, este examen no

está incluido dentro del plan de atención regular¹³, por ende, las personas que suelen atenderse en este sistema no pueden realizarlo por cuestión económica.

Por otra parte, hay ciertos servicios que en los sistemas de salud privados cuentan con los recursos necesarios para la realización de este, pero las personas que optan por esta opción son las mínimas, ya que el valor del examen de VPH molecular es bastante alto (en laboratorios privados el valor referencial para pesquisar cepas de alto y bajo riesgo su coste aproximado es de \$ 90.620 + IVA (en torno a los 100 euros)¹⁴ y es de conocimiento general que no todas las personas cuentan con los recursos necesarios y/o previsión de salud, ya sea ISAPRES (Sistema privado de seguros de salud chilenos) o FONASA (Fondo Nacional de Salud de Chile) que cubra este gran gasto.

Otro factor importante es que la información que se conoce de la población sobre el examen de VPH molecular es mucho menor en relación con la información conocida sobre el PAP. Es notorio el gran desconocimiento por parte de la ciudadanía acerca de este examen molecular, ya que suele creerse erróneamente que el PAP sirve para diagnosticar todo serotipo de VPH existente, pero esta creencia no se corresponde con la realidad.

Actualmente es posible detectar con pruebas de biología molecular el ADN del VPH en más del 95% de los casos; los genotipos 16 y 18 que son responsables de más del 70% del cáncer cervical, junto con el genotipo 45 que contribuyen al 94% del adenocarcinoma de cérvix¹⁵.

Los resultados de la prueba de VPH predicen el riesgo de cáncer de cuello uterino y sus precursores (neoplasia intraepitelial cervical de grado 3) mejor y durante más tiempo que las anomalías citológicas o colposcópicas, que son signos de infección por VPH. Aunque la citología cervical o test de Papanicolaou ha contribuido a reducir las tasas de incidencia y mortalidad, existe una evidencia demostrada de que la incorporación del diagnóstico del virus aporta una sensibilidad analítica muy superior a la citología y es imprescindible su inclusión en los algoritmos diagnósticos¹⁶.

Los métodos de biología molecular han permitido ampliar la cobertura de la vigilancia de VPH, estableciendo un diagnóstico de la infección viral más precoz, sensible y específico comparado con el examen de citología cervical o PAP¹³.

Por otro lado, es mucho más barato costear el PAP en un servicio de salud, que es gratuito y parte de la consulta de matrona en comparación, con el precio del examen de VPH molecular de forma particular. Sin embargo, es una realidad que la vida no tiene precio y en Chile mueren 600 mujeres (principalmente de bajos recursos) al año por cáncer de cérvix. La cobertura del Papanicolaou es < 70%,

sensibilidad muy inferior al test de VPH, por lo que el cambio es rentable¹⁷.

En la efectividad del tratamiento se encontró una relación con el tipo de sistema de atención, siendo que la atención en el servicio privado presenta una mayor tasa de efectividad frente al tratamiento en el sistema público.

El sistema de salud se ve directamente relacionado con el tipo de manejo que se tiene en los sectores mencionados: en el servicio público se debe el flujograma de derivación establecido por el MINSAL que determina que tras el diagnóstico llevado a cabo por la matrona, la persona afectada debe ser derivada al nivel secundario a UNACESS (Unidad de Atención y Control en Salud Sexual) para comenzar con el tratamiento realizado por el médico ginecólogo a cargo del área, donde el tiempo para poder acceder a una de estas horas de atención es variado, según la disponibilidad existente, ya que por norma ante el diagnóstico de condilomatosis no existe un tiempo límite de respuesta a la derivación para iniciar el tratamiento y seguimiento¹⁸; en comparación, el sistema privado es más ágil, ya que al momento de realizar el diagnóstico por médico ginecológico se tiene la posibilidad, según los medios del/de la usuario/a, comenzar inmediatamente con el tratamiento y no esperar para un siguiente control.

Si la atención es prestada por matrona, el tiempo para acceder a una consulta con médico para iniciar tratamiento tras ser derivado/a es mucho menor y más accesible en comparación con una atención desde el sistema público.

Para aclarar este punto hay que indicar que las matronas/es en Chile se encargan en el Nivel Primaria de Atención de la toma del Papanicolau y/o al examen de tipificación del VPH. En los casos de resultados sospechosos y/o confirmación diagnóstica VPH, los pacientes son derivados al Nivel Secundario, al policlínico de UNACESS (Unidad de atención y control en Salud Sexual), en donde un equipo multidisciplinario (incluyendo matronas/es) se encarga del proceso de diagnóstico, tratamiento y alta asociada a patologías producto del contagio de VPH.

Limitaciones al estudio

Es preciso destacar que el tiempo de recogida fue muy limitado, pues solo dispuso el equipo de cuatro semanas para tal fin. Por otra parte, el hecho de haber sido realizada la encuesta de manera virtual no tuvo tanto alcance como si se hubiera aplicado de manera presencial y de ahí el pequeño tamaño muestral, sin equilibrio por rango de edades.

Conclusiones

- Respecto al VPH se puede señalar que en Chile es una infección bastante común, y afecta a hombres y mujeres

por igual¹⁹; el 16% de las mujeres chilenas está infectada con VPH y el 45,1% de estas está infectada con más de un genotipo¹³.

- Hay que tener presente que el VPH es el mayor causante de cáncer de cuello de útero en mujeres. En el caso de los hombres, el virus está asociado a cáncer de pene o ano⁹.
- La mayoría de las personas que contraen la enfermedad no presentan sintomatología, convirtiéndose en portadores asintomáticos, por lo que el desconocimiento de que padecen una infección de transmisión sexual (ITS) facilita que pueda evolucionar esta patología a lo largo de toda su vida hasta extremos de desarrollar cánceres mortales, con el riesgo añadido de transmitir el virus a otros si no se toman las medidas necesarias de prevención.
- La infección por VPH en el hombre ha sido considerada como un problema menor y de escasa relevancia. En general, se ha catalogado al hombre como vector silencioso de este microorganismo, ya que a pesar de jugar un papel importante en la transmisión del virus, solo el 1% de ellos experimenta algún signo o síntoma clínico¹⁹. En cambio, las mujeres son en gran parte sintomáticas, presentan diversos síntomas o manifestaciones clínicas, lo que les hace conscientes de la infección.
- El diagnóstico de VPH de bajo riesgo/condilomatosis puede afectar la calidad de vida de las personas, en muchos ámbitos de esta.
- Relacionada con lo anterior, es de suma importancia que la población en general tenga conocimiento de cómo disfrutar de una salud sexual y reproductiva sana y segura.
- La salud sexual y reproductiva se convierte en un proceso social de construcción de valores y de comportamientos individuales, familiares y comunitarios; de creación de una nueva cultura en el cuidado de la salud y del desarrollo institucional, acorde con el desarrollo humano y con la corresponsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones²⁰. En consecuencia es fundamental una correcta educación sexual, empezando por los padres en el entorno familiar y continuando por la enseñanza básica con la realización de charlas de profesionales la salud colegios o escuelas, fundamentalmente impartidas por matronas expertas en este área, y campañas generales de información poblacional acentuando las formas de mantener sexo seguro que no van dirigidas únicamente a la evitación de embarazos no deseados, sino y además a la prevención de conductas de riesgo en la actividad sexual que garantice una buena salud sexual y reproductiva y salud en el sentido amplio de la palabra.
- Destacar la importancia de los controles médicos (ginecológicos) especialmente antes de iniciar o una vez

iniciadas relaciones sexuales a fin de prevenir o diagnosticar a tiempo una ITS (u otra patología), evitando así además la cronificación de la ITS, el desarrollo de patologías a expensas de la infección y, en este caso, la reducción de la tasa de contagios.

- Reforzar entre las familias la importancia de la vacunación VPH para que los niños y adolescentes cumplan con el calendario vacunal.
- Hacer una llamada de atención a los poderes públicos para que agilicen, a ejemplo de la atención prestada en instituciones sanitarias privadas, el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno desde las instituciones sanitarias públicas.
- Insistir en que las instituciones públicas deben ofrecer la mejor cobertura de vigilancia que incluye el diagnóstico conjunto de PAP junto con VPH molecular que es demostradamente más precoz, sensible y específico comparado con el examen de citología cervical o PAP (es preciso señalar que el 55,9% de las mujeres con citología normal está efectivamente infectadas con VPH)¹³. Esta estrategia diagnóstica salva vidas y resuelve la inequidad de acceso de las personas con menos disponibilidad económica, pero con el mismo derecho a la salud.
- Resaltar la importancia de la sensibilización del Estado sobre el tema de prevención y control de las ETS a nivel general, lo que implica una adecuada inversión en la atención global frente a esta enfermedad, mejorar los circuitos de prevención, diagnóstico completo y tratamiento eficaz, conlleva invertir también en profesionales expertos en el área de salud sexual y reproductiva, ginecólogos y matronas.
- En los últimos años se ha demostrado que la infección por VPH en el hombre puede causar diversas patologías en estos individuos, así como también en sus parejas sexuales. Por ello cobra relevancia la necesidad de la detección y genotipificación de VPH en población masculina, para instaurar programas de prevención de la transmisión del virus. Se estima que el VPH es el agente causal de 5% de los cánceres humanos²⁰.
- Finalmente, hay que destacar la importancia de una atención integral que contemple los aspectos de la esfera biopsicosocial, considerando siempre la calidad de vida de las personas portadoras del virus en todas las fases de atención a su enfermedad, para contribuir al mantenimiento o restablecimiento de su calidad de vida anterior a la enfermedad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. MINSAL/DIPRECE. Infecciones de Transmisión Sexual. MINSAL/DIPRECE [internet] 2019 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/orden-alfabetico/condilima-acumulado>
2. Carvajal J, Barriga MI. Manual de Obstetricia y Ginecología. Edición XIII. Santiago, Chile: Editorial UC; 2022.
3. Greer CE, Wheeler CM, Ladner MB. Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. J Clin Microbiol [internet] 1995 [citado 12 jul 2023]; 33:2058. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC228335/>
4. Brown DR, Schroeder JM, Bryan JT. Detection of multiple human papillomavirus types in Condylomata acuminata lesions from otherwise healthy and immunosuppressed patients. J Clin Microbiol [internet] 1999 [citado 12 jul 2023]; 37:3316. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC85555/>
5. Aubin F, Prétet JL, Jacquard AC. Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata: a Large French National Study (EDiTH IV). Clin Infect Dis [internet] 2008 [citado 12 jul 2023]; 47:610. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/47/5/610/295268?login=false>
6. MINSAL/DIPRECE. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control VIH/SIDA e ITS del Ministerio de Salud. Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [internet]. Santiago, Chile: MINSAL/DIPRECE; 2016 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/11/NORMA-GRAL.-TECNICA-N%C2%B0-187-DE-PROFILAXIS-DIAGNOSTICO-Y-TRATAMIENTO-DE-LAS-ITS.pdf
7. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud. WHO [internet] 1996 [citado 12 jul 2023]; 17(4):385-7. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
8. WHO/HIS/HIS. Programme on Mental Health. WHOQOLD. Division of Mental health and prevention of substance abuse [internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
9. MINSAL, OPS; OMS. MINSAL y OPS/OMS Chile refuerzan importancia de vacunación contra el Virus Papiloma Humano.

- OMS [internet] 2021 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2021-minsal-op-soms-chile-refuerzan-importancia-vacunacion-contra-virus->
10. Sendagorta-Cudós J, Rodríguez-Iglesias M. Infecciones genitales por el virus del papiloma humano. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica*. [internet] 2019 [citado 12 jul 2023]; 37(5):324-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-genitales-por-el-virus-S0213005X19301223>
 11. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGÉ. Cáncer cérvico-uterino. MINSAL [internet] 2015 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf>
 12. National Cancer Institute. HPV and Pap Test Results: Next Steps after an Abnormal Cervical Cancer Screening Test. National Cancer Institute [internet] 2023 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/cervical/screening/abnormal-hpv-pap-test-results>
 13. Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública de Chile. Vigilancia HPV. Ministerio de Salud Pública de Chile [internet] 2020 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-hpv/>
 14. Instituto de Salud Pública, MINSAL. Virus del Papiloma Humano-PCR. Ministerio de Salud Pública de Chile [internet] 2022 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/prestacion/2155047/>
 15. De Sanjose WC, Quint L, Alemany DT, Geraets JE, Klaustermeier B, Lloveras, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol* [internet] 2010 [citado 12 jul 2023]; 11:1048-56. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(10\)70230-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(10)70230-8/fulltext)
 16. Schiffman N, Wentzensen S, Wacholder W, Kinney JC, Gage PE. Castle Human papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* [internet] 2011 [citado 12 jul 2023]; 103:368-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3046952/>
 17. Ferreccio C. Nuevas estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino en Chile. *Salud Pública Mex* [internet] 2018 [citado 12 jul 2023]; 60(6,v-dic):713. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000600015
 18. MINSAL. Normas de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) [internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Infecciones_de_transmisi%C3%B3n_sexual/Normas-ITS-FINAL.pdf
 19. Silva R, León D, Brebi P, Ili C, Roa JC, Sánchez R. Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. *Rev. chil. infectol.* 2013 Abr; 30(2):186-92. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000200009>
 20. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol* [internet] 2008 [citado 12 jul 2023]; 13(6):607-15. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(12\)70137-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(12)70137-7/fulltext)

Cuando el embarazo da un giro inesperado: consulta de matrona en diagnóstico prenatal

Julia Berdún Pueyo

¹ Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)

E-mail: jberdun@salud.aragon.es

Fecha de recepción: 15 de junio de 2023.
Fecha de aceptación: 30 de junio de 2023.

Cómo citar este artículo:

Berdún Pueyo J. Cuando el embarazo da un giro inesperado: consulta de matrona en diagnóstico prenatal. *Matronas Hoy* 2023; 11(2):16-23.

Resumen

Introducción: el diagnóstico prenatal es otro de los campos de actuación de las matronas dentro de la atención a las mujeres gestantes. En él, se trata de conocer de forma precoz y precisa las distintas afecciones, tanto estructurales como genéticas, que pueden presentar los fetos y que a día de hoy es posible diagnosticar.

Objetivos: de forma general, dar a conocer la labor de la matrona en la Consulta de Diagnóstico Prenatal y al unísono reclamar a los poderes públicos que esta importante función no sea delegada en profesionales sin la cualificación específica y completa en el área de la salud sexual y reproductiva que implica la formación de matrona. Como objetivos específicos se pretende exponer las diferencias entre las técnicas de cribado y de diagnóstico, la potencia de las distintas pruebas, factores de riesgo y criterios de indicación, e instruir sobre las diferentes técnicas de diagnóstico prenatal, cuidados que requieren y opciones terapéuticas, así como la atención de la mujer gestante y pareja en caso de optar por una interrupción legal del embarazo (ILE)

Metodología: revisión de conceptos relacionados con las técnicas de diagnóstico prenatal, bibliografía que apoya la competencia de las matronas en esta área y exposición del Protocolo de Atención en diagnóstico prenatal implantado en el Hospital Miguel Servet (Zaragoza).

Conclusiones: el trabajo de la matrona en la Consulta de Diagnóstico Prenatal es de gran valor puesto que trata de dar continuidad a los cuidados de calidad centrados en la mujer gestante en respuesta a una necesidad del área reproductiva. La matrona es el profesional sanitario encargado de contribuir en el equipo, tanto en el ámbito diagnóstico como asistencial, estableciéndose como nexo de unión entre la mujer/pareja y el resto de los servicios hospitalarios, así como en apoyo y referencia para la resolución de cuestiones y problemas a lo largo de todo el proceso.

Por último, también la matrona acompaña y colabora en el proceso del duelo en los casos en que se opta por una interrupción legal de la gestación (ILE) o que se haya producido un mal resultado perinatal.

Palabras clave: matrona; diagnóstico prenatal; cromosomopatías; malformaciones genéticas; amniocentesis; muestra de la vellosidad coriónica; biopsia corial; genética; aborto inducido; duelo.

Abstract

When pregnancy takes an unexpected turn: midwives in the prenatal diagnosis unit

Introduction: prenatal diagnosis is another field of action for midwives within pregnant women care. The intention is to learn in an early and accurate way the different conditions, both structural and genetic, that foetuses can present, and that can be currently diagnosed.

Objectives: overall, to make known the work of midwives in the Prenatal Diagnosis Unit, and at the same time to demand from public authorities that this important role is not delegated to professionals without the specific and complete qualification in the sexual and reproductive health area which training for midwives involves. As specific objectives, we intend to show the differences between screening and diagnostic techniques, the potency of different tests, risk factors and criteria for indication, and to educate about the different techniques of prenatal diagnosis, care required and therapy options, as well as care for the pregnant woman and her partner if they decide on a legal interruption of pregnancy (LIP).

Methodology: a review of concepts associated with Prenatal Diagnosis techniques, bibliography supporting the competence of midwives in this area, and presentation of the Protocol for Care on Prenatal Diagnosis implemented at the Hospital Miguel Servet (Zaragoza).

Conclusions: the work conducted by midwives in the Prenatal Diagnosis Unit is very valuable, because it is intended to continue providing quality care focused on the pregnant woman, addressing a need in the reproductive area. The midwife is the healthcare professional responsible for a contribution in the team, both in the diagnostic and the care settings, and for becoming a connecting link between the woman / couple and the rest of hospital services, as well as support and reference for the solution of questions and problems throughout the process.

Finally, the midwife also accompanies and collaborates in the grieving process in those cases where a legal interruption of pregnancy (LIP) has been decided on, or where a bad perinatal outcome has occurred.

Key words: midwife; prenatal diagnosis; chromosomopathies; genetic malformations; amniocentesis; chorionic villus sampling; chorionic biopsy; genetics; induced abortion; grieving.

Introducción

El incompleto desarrollo de las competencias de las matronas fuera del área específica de la asistencia obstétrica en la atención al parto y nacimiento en España, en Atención Especializada, hace novedosa la realidad de que una matrona desarrolle su actividad profesional en consulta propia de diagnóstico prenatal. Por ello hoy se presenta en esta comunicación la desarrollada en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza (España), sin que apenas otros hospitales maternos en el país hayan incorporado esta función a la cartera de servicios de matrona, cuando, paradójicamente, es el profesional enfermero especialista en el área de salud sexual y reproductiva y, por tanto, con mayor conocimiento en dicha área y con conocimientos específicos en genética.

La explosión de descubrimientos genéticos resultantes de la investigación del genoma humano está creando nuevos roles en la práctica médica y de enfermería y expandiendo las oportunidades de salud para individuos, familias y comunidades en todo el mundo¹.

A medida que la genómica avanza para convertirse en un componente integral y rutinario de la atención médica, se requerirá que las matronas (y las enfermeras) respondan a las consultas sobre las pruebas genéticas de las personas bajo su cuidado².

La genética se ha convertido en un componente integral de toda la ruta de atención de la salud materna y familiar desde la preconcepción hasta el periodo posparto.

La complejidad de la práctica de la partería continúa aumentando a medida que se amplía la comprensión de la genética y la genómica (las interrelaciones de los genes y el medio ambiente, y los problemas éticos, legales y sociales asociados)³.

Los estándares para la práctica de la enfermería obstétrica declaran la competencia en el diagnóstico prenatal como una de las competencias básicas para la práctica básica de la enfermería obstétrica⁴⁻⁶.

Concretamente en el programa formativo de la especialidad de Matrona en España se presta especial atención a la formación de los "Problemas de salud durante la gestación", al objeto de que los residentes conozcan los aspectos bio-psico-sociales del embarazo patológico, adquieran las habilidades necesarias para prestar valoración y cuidados a la mujer embarazada y muestren una actitud positiva en relación a las necesidades de la mujer en dicha situación.

En este apartado formativo se incluyen conocimientos sobre consejo genético y diagnóstico prenatal, consejo reproductivo, nociones básicas de genética, enfermedades genéticas: anomalías cromosómicas, enfermedades monogénicas, anomalías multifactoriales, identificación prenatal de cromosopatías, marcadores bioquímicos, ecografías

y marcadores ecográficos, *screening* y diagnóstico prenatal de infecciones productoras de defectos congénitos, técnicas de diagnóstico prenatal, técnicas básicas de determinación cariotipo y biología molecular, lo que capacita a la matrona dentro de sus competencias básicas para el desempeño de esta función⁷.

El seguimiento y la orientación de las mujeres embarazadas por parte de las matronas tienen como objetivo ayudar a controlar el embarazo y detectar situaciones de riesgo de complicaciones maternas obstétricas y fetales para reducir la morbimortalidad materna e infantil. La profesión de matrona es una profesión sanitaria con competencias limitadas en España, encargándose del seguimiento del embarazo normal en Atención Primaria.

Muchas mujeres encuentran que las matronas son más accesibles que los médicos y son capaces de desarrollar una relación más fuerte con ellas. Es posible que algunas mujeres no se sientan turbadas, cortadas, en una cita con la matrona y, por lo tanto, se sientan más cómodas al abordar sus preocupaciones y sentimientos. Dado que ahora se puede detectar una amplia gama de trastornos genéticos antes del nacimiento, las mujeres embarazadas que eligen recibir atención de una matrona también terminarán discutiendo sus inquietudes sobre la genética o los antecedentes familiares con su matrona⁸.

De la misma manera que la mayoría de las matronas de Atención Primaria se enfrentarán a problemas genéticos relacionados con las pruebas de cribado y toma de decisiones prenatales, también pueden ser las primeras profesionales frente a cuestiones relacionadas con las historias familiares. Si bien la atención al diagnóstico prenatal se centró inicialmente en las condiciones simplemente hereditarias y las opciones de detección prenatal, se está poniendo un mayor enfoque en las condiciones de herencia multifactorial, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, los trastornos psiquiátricos, etc.⁹, hallazgos que pueden surgir al realizar una historia clínica perfectamente elaborada por la matrona de Atención Primaria.

Papel de la matrona en Consulta de Diagnóstico Prenatal (medicina fetal)

El diagnóstico prenatal puede incluir pruebas de diagnóstico del feto, derivación a servicios especializados y toma de decisiones sobre la continuación del embarazo, la planificación de la atención o la interrupción del mismo.

La matrona en primera instancia y desde su Consulta de Diagnóstico Prenatal, como en caso del Hospital Miguel Servet que se presenta, es quien asesora a los progenitores sobre los hallazgos no tranquilizadores en los cribados de rutina, facilitando a la mujer/pareja otras pruebas para

obtener un diagnóstico concluyente: genética, ecografía, amniocentesis, biopsias coriónicas para estudio de cariotipo fetal, estudio de ADN circulante en sangre materna, etc. A la vez, les dirige por el circuito de atención con otros especialistas (genetistas, ecografistas, cirujanos pediátricos, etc.), que, tras obtener un diagnóstico concluyente y en el caso adverso de detección de malformaciones estructurales y/o genéticas, les ofrezcan información de las vías alternativas de resolución.

La labor de todo el Equipo de Diagnóstico Prenatal (Medicina fetal) adquiere suma importancia al identificar aquellas patologías susceptibles de beneficio mediante terapia fetal para planificar su derivación a centros de referencia en el manejo neonatal adecuado a la patología que porta el feto para mejorar su sobrevida y el resultado neonatal, lo que implica a la vez, determinar la vía y el lugar del parto que facilite el más rápido manejo y tratamiento experto del neonato.

Durante todo el proceso, especialmente estresante para los progenitores, estos necesitan disponer de profesionales sanitarios que entiendan sus problemas, puedan dar respuestas a sus preguntas para tomar decisiones libres y conscientes; a la vez, los progenitores requieren que conforten su ánimo y para ello es imprescindible que el profesional de referencia disponga del tiempo para esta atención acompañándoles hasta el final, que puede incluir incluso el duelo, si se produjera un óbito fetal en el tiempo de la resolución u optaran finalmente por un ILE (interrupción legal de embarazo).

En cualquier caso, el apoyo emocional a los progenitores, fuertemente impactados psíquicamente en estas circunstancias, requiere de un sostén poderoso del que las matronas están dotadas como resultado de su formación, en la que no solo se incluye el conocimiento de los aspectos biológicos, sino también de los aspectos psicosociales de la gestación desde la perspectiva holística de la salud y el ser humano que principia su propia formación. A esto se añadirían las habilidades básicas propias de la matrona, definidas por el NHS: comunicación, compasión y cuidado ético en situaciones complejas como puede ser la referida del diagnóstico prenatal¹⁰.

Esta forma de dirección desde la Consulta de matrona en Diagnóstico Prenatal garantiza a la vez la consultoría y el acompañamiento, rapidez en las derivaciones necesarias, la que acorta los periodos de angustia y desorientación de los progenitores y en caso de que estos opten por un ILE, el diagnóstico precoz minimiza la necesidad de efectuar interrupciones de embarazo en etapas avanzadas de gestación con la consiguiente mayor dificultad e incremento de riesgo para la madre.

En los equipos multidisciplinares de diagnóstico prenatal de los países más avanzados, la presencia de la matrona

cada vez es más frecuente, lo mismo que la disposición de estos países a apoyar el desarrollo de la competencia genética dentro de la profesión de matrona, en muchos países con conocimientos deficitarios en su formación básica. Por ejemplo, el Reino Unido (UK), Estados Unidos, Canadá y Australia se han dado cuenta de la necesidad de preparar la fuerza laboral de enfermería y partería para brindar una atención centrada en la genómica competente. Muchos grupos internacionales se están formando para transformar la enfermería y la partería para incorporar la genómica en su prestación de atención².

Sin embargo, en España, como anteriormente se ha mencionado, es absolutamente infrecuente que una matrona, con una formación sensiblemente superior a la de muchos países y con conocimientos importantes en genética en el currículo formativo de su especialidad (área sexual y reproductiva), forme parte de esos equipos, lo que pone en evidencia la mala gestión de RR.HH. de las gerencias asistenciales al no adscribir a un servicio determinado el mejor especialista para la función que en él se desarrolla.

Se aplaude que la Gerencia del Hospital "Miguel Servet", conociendo las competencias de las matronas y en asunción de su obligación como gestor público de rentabilizar las competencias de sus profesionales, haya apostado acertadamente por incorporar a las matronas al proceso de diagnóstico prenatal.

El diagnóstico prenatal

El diagnóstico prenatal comprende la parte de diagnóstico por imagen, a través de la ecografía, la función de información y asesoramiento, de realización de técnicas invasivas y de derivación a otros especialistas según se precise.

Los marcadores ecográficos son hallazgos fetales ecográficos (estructurales o funcionales) que, aunque están presentes en la población de fetos sanos de forma ocasional, son más habituales en los casos de defectos cromosómicos, hasta el punto de que se utilizan como herramienta de selección de los fetos en riesgo para estos defectos¹¹.

En general, hay dos grandes grupos de mujeres gestantes en esta consulta: las que tienen un estudio ecográfico con sospecha de malformación o las que tienen una alteración en el cribado combinado de cromosomopatías.

Se describen a continuación las técnicas de diagnóstico a realizar recogidas en el protocolo del servicio¹².

Estudio ecográfico sospechoso de anomalía congénita

Se pueden diagnosticar anomalías en cualquier momento de la gestación, ya que la expresión de las mismas varía en

función de los órganos o sistemas afectados, pudiendo ser de aparición precoz o más tardía (Figura 1).

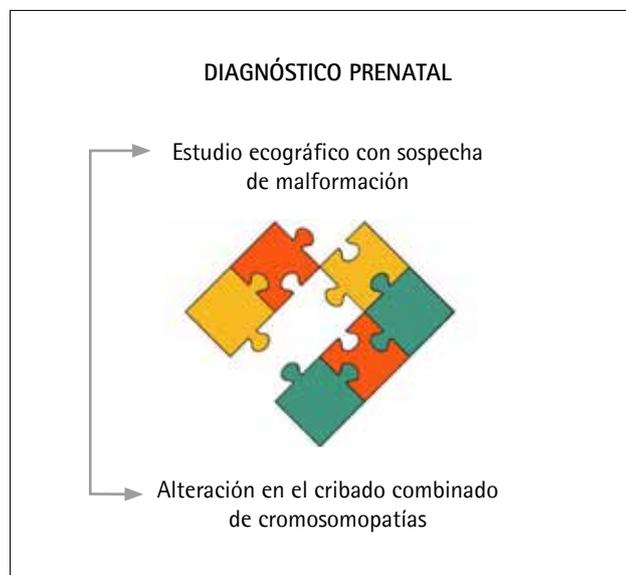


Figura 1. Candidatas a diagnóstico prenatal de 2º nivel

Una gran mayoría se detectan en la ecografía de primer trimestre, en torno a la semana 12. En estos casos, si el diagnóstico no es definitivo se puede indicar otra ecografía cuatro semanas después, con la que precisarlo de forma concreta.

Otra gran parte se detectan en la ecografía morfológica realizada en torno a la semana 20, momento óptimo para efectuar un cribado sistemático de anomalías estructurales; así como en la ecografía de tercer trimestre, en este caso de anomalías evolutivas sobre todo cardíacas, neurológicas o nefrológicas.

Cribado de cromosomopatías

Es un cribado universal con el que se obtiene un índice de riesgo; se combinan algunos factores como la edad materna en el momento del parto, la medida del pliegue nucal del feto en la ecografía de primer trimestre y el valor de la hormona BHCG o PAPP-A en sangre materna.

Desde el punto de vista del diagnóstico prenatal, el empleo de marcadores ecográficos de defectos cromosómicos constituye un buen método en la selección de pacientes de alto riesgo. La utilización de estos marcadores pasa por familiarizarse con su exploración y significado, empleando primeramente aquellos que han demostrado su mejor correlación con los defectos cromosómicos, como la translucencia nucal. Otros marcadores con menor peso deben ser tenidos en cuenta durante la exploración y su uso sis-

temático dependerá de la experiencia del equipo y de las necesidades particulares de cada caso¹¹.

De todos los factores que combina el cribado de cromosomopatías, la translucencia nucal del feto es el que más influye en el resultado.

Con el resultado que se obtiene se puede conocer la probabilidad que tiene ese feto de presentar trisomía 21 o 18. En nuestra comunidad, si el valor es superior 1/1.000, la probabilidad es baja; si está entre 1/1.000 y 1/10 se considera intermedia y si está por debajo de 1/10, la probabilidad es alta.

Este cribado se realiza de forma preferente en el primer trimestre, ya que el llevado a cabo en segundo trimestre tiene menor sensibilidad y especificidad.

Si el índice de riesgo es intermedio

En Aragón, existe la posibilidad de realizar el ADN fetal libre circulante, test con el que estudiar el ADN del feto que está presente en sangre materna y así poder obtener la información genética sin someter al feto al riesgo de una técnica invasiva.

Es la prueba de cribado más sensible para la detección de cromosomopatías. Si la prueba indica bajo riesgo de trisomía, es extremadamente improbable que el feto esté afecto, ya que detecta más del 99% de los casos de trisomía 21, 98% de los casos de trisomía 18 y 91% de trisomía 13.

Si la prueba indica que existe alto riesgo de trisomía, la probabilidad de que el resultado sea cierto es alto, alrededor del 80%-90% para la trisomía 21 y algo menor para las trisomías 18 y 13. Siempre es necesario confirmar este resultado con una prueba invasiva prenatal.

El resultado que se puede esperar es de alto o bajo riesgo; se ha de tener en cuenta que la obesidad es un factor que influyente en el mismo (por la apoptosis grasa), así como si está en tratamiento con heparina de bajo peso molecular o haber estado sometida a transfusiones sanguíneas antes de la prueba.

Si el índice de riesgo es alto

El protocolo recoge que cuando el resultado del cribado de cromosomopatías es de alto riesgo se debe ofrecer directamente una técnica invasiva.

Técnicas invasivas

En el Hospital Miguel Servet se llevan a cabo dos tipos de pruebas invasivas: la biopsia corial y la amniocentesis. El año pasado se realizaron 180 procedimientos en un total de 3.329 partos, lo que supone un 5,4% dado que es centro de referencia de otros hospitales de la comunidad.

Con ellas se obtiene la información genética del feto y son las únicas que se consideran diagnósticas.

La biopsia corial se puede realizar de forma más precoz, desde la semana 12 hasta la 14, y la amniocentesis, idealmente a partir de la 16 y hasta el final del embarazo.

Elegir una u otra depende sobre todo de la edad gestacional en el momento del diagnóstico; el riesgo de aborto es muy similar en ambas, inferior al 1%.

La técnica de la **biopsia corial** es similar a la de una citología; después de realizar asepsia de genitales externos e internos, se coloca el espéculo para poder tomar una muestra de vellosidades coriales a través del cérvix con la pinza de biopsia (Snake).

La **amniocentesis**, tras realizar asepsia de la zona abdominal, se efectúa mediante punción con aguja espinal de 22 G, en la zona más adecuada, para tratar de extraer mínimo 20 cc de líquido amniótico.

Ambas muestras se toman mediante ecografía guiada.

En líneas generales, se recomienda reposo relativo 24 horas tras el procedimiento, siendo los signos de alarma por los que se debe acudir al servicio de urgencias: fiebre mayor de 38 °C, pérdida de líquido amniótico por vagina, sangrado vaginal superior a una regla o dolor abdominal intenso y persistente.

¿Qué esperar del diagnóstico prenatal?

Las conclusiones que se pueden sacar tras obtener los resultados son:

- Una alteración estructural sin causa genética.
- Una alteración estructural con causa genética.
- Una patología genética sin expresión de alteración morfológica.
- No patología estructural ni genética (cuando se realiza la técnica invasiva por antecedentes personales/familiares u obstétricos y no por indicación propia de esta gestación).

Con el protocolo elaborado en el presente hospital¹², ante un resultado adverso, lo primero que se hace es contactar con la familia proponiéndoles una cita para consulta en la que se les informa de los hallazgos. Es esta una tarea difícil para el profesional sanitario encargado, por el gran impacto emocional que ejerce un diagnóstico de este tipo y por añadidura, inesperado

El objetivo de esta consulta no es solo explicar, sino que los progenitores asimilen el diagnóstico a través de una explicación comprensible, pausada y empática que favo-

rezca la expresión y resolución de sus dudas a la vez que les transmita confianza de que su problema va a ser tratado con la máxima diligencia, eficacia y seguridad tanto en el aspecto físico como emocional.

Ante la detección de una patología genética se procede a la derivación al Servicio de Genética, cuyo equipo les facilita toda la información y las explicaciones pertinentes sobre modo de herencia y transmisión, evolución a corto, medio y largo plazo y patologías asociadas. Esta información se combina, en la mayoría de las ocasiones, con la del Servicio de Pediatría (Neonatología), cuyo equipo es el encargado de dar la visión global sobre el pronóstico y evolución de estos niños.

En el caso de malformación/es, igualmente se procede a la derivación al especialista correspondiente para que informe acerca de las posibilidades y técnicas quirúrgicas, atención posnatal, pronóstico y seguimiento evolutivo (Figura 2).

Tras la ronda consultiva con genetistas, pediatras (neonatólogos) y/o cirujanos pediátricos, los progenitores acuden de nuevo a la Consulta de Diagnóstico Prenatal para trasladar a la matrona encargada las conclusiones a las que han llegado tras la información ofrecida por los diferentes servicios intervinientes y su decisión.

Toma de decisiones

Puesto que el diagnóstico prenatal permite a los progenitores tener información sobre la salud de sus hijos antes de que nazcan, según las circunstancias y dependiendo de cada familia, esta puede optar por dejar que la gestación siga su curso o interrumpirla en caso de que puedan acogerse a los supuestos y plazos que contempla la ley¹³.

En España, la ley permite la interrupción legal del embarazo de la siguiente manera:

- < 14 semanas de gestación: a petición de la mujer.
- Semanas 14-22: si existe riesgo de graves anomalías en el feto o riesgo grave para la vida de la mujer.
- > 22: si existen anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable.

En cualquiera de los tres casos, la mujer debe realizar una solicitud formal; en el segundo supuesto se acompaña de un informe firmado por dos especialistas distintos del que practica la interrupción, en el que se encuentra el diagnóstico. En el tercer caso, es un comité clínico, compuesto por tres especialistas, el que resuelve si es posible la interrupción o no.

En el Hospital Miguel Servet, las familias que optan por finalizar la gestación por debajo de las 18 semanas son

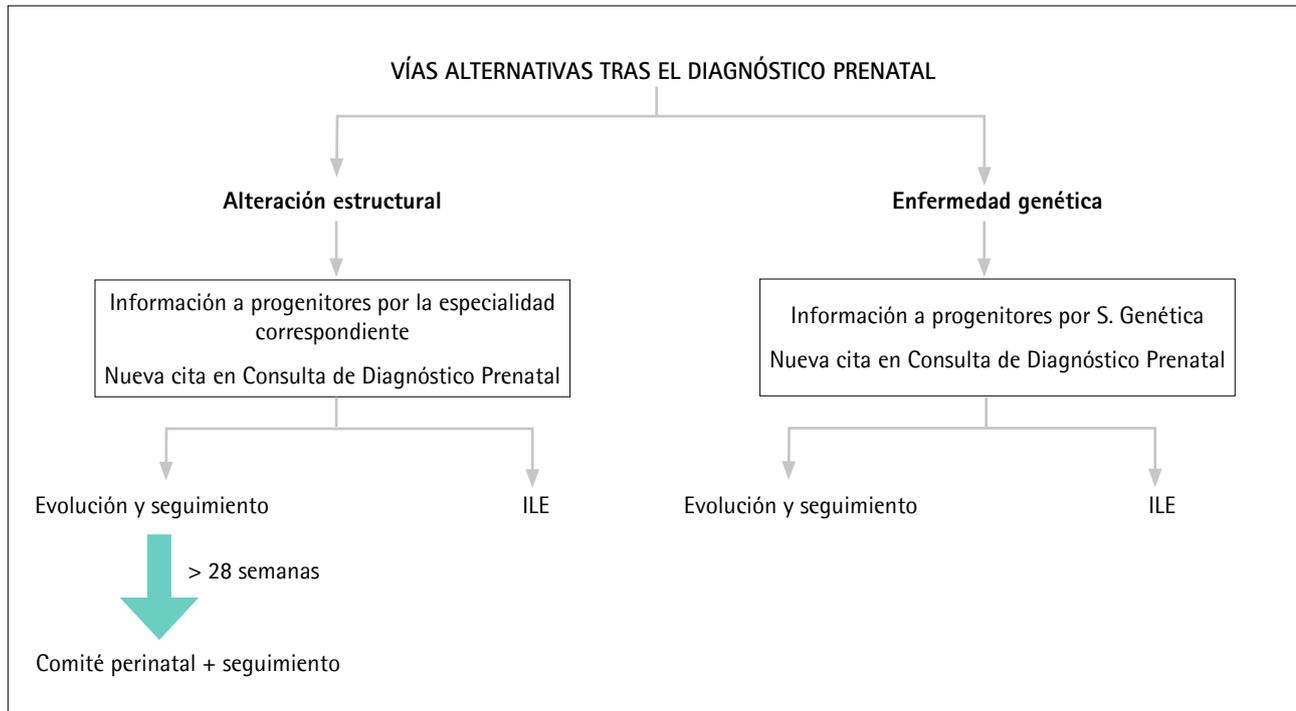


Figura 2. Vías alternativas tras el diagnóstico prenatal

derivadas a una clínica externa que realiza este tipo de atención; las que están por encima de dichas semanas son atendidas en el propio servicio, programando una inducción de asistolia.

ILE por encima de las 20 semanas de gestación

En estos casos se realiza analgesia y bloqueo neuromuscular del feto para tratar de disminuir su sufrimiento (ya que se ha visto que existe liberación de catecolaminas fetales a partir de la semana 18 de gestación) tras lo que se procede a inyectar cloruro potásico para producir la asistolia.

Es este un procedimiento ambulatorio que se realiza mediante cordocentesis o inyección intracardiaca; no es necesario mantener ayuno para su realización y la paciente estará acompañada en todo momento por quien ella desee.

Tras la técnica, si está indicada, se le administra a la mujer la primera dosis VO de prostaglandinas y se le ofrece la opción de poder continuar con el proceso de forma domiciliaria puesto que hasta pasadas 24 h, no se inicia el protocolo de preinducción de parto por parte del Servicio de Medicina Materno-fetal. Si lo desea, también puede quedarse ingresada en el hospital.

Así mismo, se preparará todo lo necesario y habrá una coordinación con los compañeros de dicho servicio para que tengan todo dispuesto para iniciar el protocolo de asistencia al óbito fetal junto al de preinducción^{14,15}.

Por último, se les facilita una cita de seguimiento transcurridos dos meses tras el proceso; en esta revisión en la consulta se valora la recuperación física, la situación emocional (se les facilita atención especializada en el servicio de psicopatología), se entregan los resultados que hayan podido quedar pendientes y se resuelven dudas de cara a futuras gestaciones.

Conclusiones

- El rol de la matrona en los Equipos de Diagnóstico Prenatal no debiera ser olvidado dado que los estándares para la práctica de la enfermería obstétrica declaran su competencia en el diagnóstico prenatal como una de las competencias básicas para la práctica de la enfermería obstétrica.
- Es importante que haya cada vez más matronas para el diagnóstico y asesoramiento prenatal, ocupando estos puestos de atención, ya que está demostrado su positiva intervención en los mismos.
- Es evidente la necesidad de una buena base en genética en la formación básica de la especialidad de matrona y mantener actualizaciones constantes dado el rápido avance en cuestiones de genética.
- Acompañar a la mujer gestante y familia desde que se inicia el proceso hasta que finaliza, concluya de la forma

que concluya, es una función muy especial a realizar por las matronas en la Consulta de Diagnóstico Prenatal.

- El acompañamiento que ofrezcan las matronas debe ser absoluto, neutral, sincero, objetivo, empático y, sobre todo, humano. Cuando llegan a la consulta las mujeres/familia para comenzar con el proceso diagnóstico, sea el motivo que sea, lo hacen angustiadas, preocupadas y con el miedo de obtener un resultado que nunca hubieran imaginado.
- Si después de dar el diagnóstico de certeza, y la información de los especialistas correspondientes para resolución de todas sus dudas, la madre/pareja opta por interrumpir la gestación, la matrona ha de tener presentes las características especiales de este tipo de duelo para una conducción eficaz del mismo:
 - Imprescindible el afrontamiento de prejuicios propios y ajenos.
 - No olvidar que la culpa suele estar muy presente.
 - Recordar que es un duelo en el que se sufre doblemente por tener que tomar la decisión y por las circunstancias.
 - Interiorizar que para estas mujeres/familias haber tomado la decisión y sentirse culpables, piensan que no es compatible¹⁶.
- Las matronas como profesionales han de tener en cuenta estos puntos para favorecer la expresión de sentimientos, validarlos y permitirles sentir el dolor y la pena que sufren sin juzgarse a sí mismos.
- Autorizar el duelo sin importar las semanas y sin castigarse por haber llegado a esa determinación.

El apoyo durante los primeros momentos y semanas es fundamental. En este servicio, la matrona por el hecho de disponer de consulta propia, puede ofrecer a la mujer/familia un espacio íntimo y privado para favorecer que se sientan acogidos y seguros, con periodos de tiempo en la agenda asistencial destinados a poder recibirlos para lo que necesiten en cualquier momento del proceso (resolver más dudas, expresar sentimientos, recibir apoyo, etc.) y disposición, junto con el resto del equipo y profesionales implicados, para tratar de ayudarles en todo aquello que esté en nuestra mano.

Como matronas, esta vez el llanto que escuchamos no es el de la vida; la satisfacción que nos queda después de asistir a estas familias, en uno de los momentos más difíciles de sus vidas, es la del agradecimiento hacia el equipo por haber conseguido que los progenitores se sintieran bien atendidos y, especialmente, arropados y acompañados en todo el proceso.

Bibliografía

1. National Human Genome Research Institute. The Human Genome Project [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.genome.gov/human-genome-project>
2. Australasian Institute of Digital Health (AIDH). Impact of genomics on nursing and midwifery. Community of Practice, Nursing & Midwifery Informatics, Nursing Editorials. AIDH [internet] 2021 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://digitalhealth.org.au/blog/impact-of-genomics-on-nursing-and-midwifery/>
3. Tonkin E, Skirton H, Kirk M. The first competency based framework in genetics/genomics specifically for midwifery education and practice. *Nurse Education in Practice*. 2018; 33:133-40.
4. Baumann P, McFarlin B. Prenatal diagnosis. *J Nurse Midwifery*. [internet] 1994 Mar-Apr [citado 2 jul 2023]; 39(2 Suppl):35S-51S. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8035244/>
5. International Confederation of Midwives (ICM). Competencias esenciales para la práctica de la partería Edición 2019 ICM. ICM [internet] [citado 2 jul]. Disponible en: <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-es-screens---28-oct-2019.pdf>
6. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005L0036:20110324:ES:PDF>
7. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE [internet] núm. 129, de 28 de mayo de 2009. página 44697 [citado 2 jul 2023].
8. Loia ND. The impact of genetics on the education of certified nurse-midwives. Sarah Lawrence College ProQuest. Dissertations Publishing [internet] 2005 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/651af1e3a74a748e5c291c0ab3b81200/1?pq-origsite=gscholar&tcbl=18750&tdiss=y>
9. Kirk M. Preparing for the future: the status of genetics education in diploma-level training courses for nurses in the UK. *Nurse Education Today*. 1999; 19(2):107-15.
10. Commissioning Board NHS. Compassion in practice. Nursing, Midwifery and care Staff. Our Vision and strategy. NHS [internet] 2012 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>

11. Bravo Arribas C, León-Luis J, Gámez Alderete F. Nuevos marcadores ecográficos en diagnóstico prenatal. *Matronas Hoy* 2013; 1(1):40-6.
12. Izquierdo Álvarez S. Diagnóstico prenatal de anomalías genéticas en el Hospital Miguel Servet. Servicio de Salud. Sector Zaragoza II. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2022.
13. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30334 a 30375 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5364>
14. Campillos Maza JM. Pérdida gestacional en el segundo y tercer trimestre. Servicio de Salud. Sector Zaragoza II. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2017.
15. Gregorio González SE. Óbito fetal: supuestos, documentación requerida y adecuada cumplimentación. Servicio de Salud. Sector Zaragoza II. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2016.
16. A contracor [sede web]. [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://acontracor.com/>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

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



<https://www.auladae.com>



^{1,2} Macarena Martínez-Órdenes
² Nicol Bohle-Pérez
² Paula Castañeda-Hernández
² Cinthya Knöpke-Antimán
² Camila Inostroza-Kortmann
² Carolina Ojeda-Barria
² Javiera Ortega-Maldonado

Alcance de la evidencia de los consultores de lactancia en la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años

¹ Magíster en Salud Pública y Cuidado Materno Infantil. Programa Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5903-2013>

² Licenciada en Obstetricia. Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Sede Patagonia (Chile).
 E-mail: macamartinez@ug.uchile.cl

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 15 de junio de 2023.

Cómo citar este artículo:

Martínez-Órdenes M, Bohle-Pérez N, Castañeda-Hernández P, Knöpke-Antimán C, Inostroza-Kortmann C, Ojeda-Barria C, et al. Alcance de la evidencia de los consultores de la lactancia en la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años. *Matronas Hoy* 2023; 11(2):25-32.

Resumen

Introducción: en Chile, al año 2020 el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME), alcanza un 60,2%. Sin embargo, la tendencia previa ha sido a la baja mostrando la fragilidad del mantenimiento de la lactancia, producto de factores socioeconómicos, culturales, laborales, edad materna extrema, nivel educacional, paridad, ausencia de red de apoyo, inadecuada técnica de lactancia y falta de consejería de profesionales de salud. Los estudios sobre cómo los conocimientos que poseen los consultores de lactancia influyen en la iniciación y mantención de la lactancia materna son escasos y requieren ser analizados.

Objetivo: describir el alcance de la evidencia sobre la influencia de las y los consultores de lactancia materna exclusiva en Chile y países pioneros en los últimos 10 años.

Materiales y Métodos: revisión de alcance de tipo descriptivo retrospectivo. Búsqueda estructurada en las bases de datos PUBMED, Scielo, EBSCO, Dialnet y Science Direct.

Resultados: se encontraron 18.741 estudios sobre lactancia, en la fase de tamizaje se descartaron 18.696. Se evaluaron 51 artículos utilizando Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPE). Se incluyeron 15 estudios mayoritariamente cuantitativos y cuasiexperimentales y cuatro guías de práctica clínica. Los estudios abordan apoyo pre y posnatal, influencia de pares y redes sociales, así como brechas y limitaciones de las investigaciones con consultoras de lactancia materna (IBCLC). Conclusiones: en los países que han incorporado consultoras de lactancia certificadas dentro de los seguros de salud ha aumentado la iniciación de la lactancia. Las intervenciones de las consultoras son efectivas para el mantenimiento de la lactancia, incluso si se realizan de manera prenatal. Los grupos de apoyo a la lactancia materna que cuentan con acompañamiento de una consultora de lactancia son protectores para una lactancia materna exclusiva al menos hasta los seis meses. Se requiere mejorar la calidad de la evidencia sobre los consultores de lactancia en Chile y otros países latinoamericanos, además de investigar el efecto de las consultoras de lactancia o matronas certificadas IBCLC en la Atención Primaria de Salud, tanto para evaluar el impacto en los resultados epidemiológicos como la satisfacción y percepción de las usuarias.

Palabras clave: lactancia materna; grupo de apoyo; promoción de salud; matronas; consultor de lactancia IBCLC.

Abstract

Scope of the evidence from lactation consultants in the initiation and maintenance of exclusive breastfeeding during the past 10 years

Introduction: at year 2020, the maintenance of exclusive breastfeeding reached 60.2% in Chile. However, the previous trend was downward, showing the frailty of maintenance of breastfeeding caused by socioeconomic, cultural and occupational factors, extreme maternal age, educational level, equality, lack of support network, inadequate breastfeeding technique, and lack of counselling by health professionals. Studies on the impact of the knowledge by lactation consultations on the initiation and maintenance of breastfeeding are limited and require analysis.

Objective: to describe the scope of the evidence regarding the impact of consultants on exclusive breastfeeding in Chile and pioneer countries within the last 10 years.

Materials and Methods: A scope review of descriptive-retrospective type. A structured search in the PUBMED, Scielo, EBSCO, Dialnet and Science Direct databases.

Results: in total, 18,741 studies on lactation were found; 18,696 were excluded during the screening stage. The Critical Appraisal Skills Programme in Spanish (CASPE) was used to assess 51 studies. Fifteen (15) studies were included, mostly quantitative and quasi-experimental, as well as four clinical practice guidelines. The studies addressed pre- and post-natal support, influence by peers and social networks, as well as gaps and limitations of research with lactation consultants (IBCLCs).

Conclusions: in those countries which have incorporated certified lactation consultants within health insurance, there has been an increase in lactation initiation. Interventions by consultants are effective for maintenance of breastfeeding, even if conducted prenatally. Support groups for breastfeeding including a lactation consultant are protective for exclusive breastfeeding at least until six months of age. An improvement is required in the quality of evidence on lactation consultants in Chile and other Latin American countries, as well as research on the effect of lactation consultants or certified IBCLC midwives on Primary Care, both to assess the impact on epidemiological results and the satisfaction and perception by users.

Key words: breastfeeding; support group; health promotion; midwives; IBCLC lactation consultant.

Introducción

En Chile, en el año 2009 el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) alcanzó un 45,1% y continúa el descenso hasta el año 2011 (41,6%); sin embargo, en el 2017 se muestra un aumento permanente hasta lograr el 60,2% en el 2020, previo a la pandemia por la enfermedad de COVID-19^{1,2}.

Las variaciones en la tendencia registrada en los últimos 21 años acusan una capacidad oscilante al momento de sostener hasta los seis meses o al año de vida la LME, esta oscilación se ha vinculado con el estatus socioeconómico, las nociones culturales y laborales que permean a las sociedades posindustrializadas, la edad materna extrema, el nivel educacional, la paridad, la ausencia de redes de apoyo, una inadecuada técnica de lactancia y la falta de consejería de profesionales de salud³⁻⁵.

Desde la perspectiva cultural, existen mitos y costumbres en torno a la lactancia materna alrededor del mundo. Ejemplo de saberes consuetudinarios son la hidratación con té y agua a los recién nacidos (RN) en Brasil⁶, rituales como el destete a los 5 meses de las niñas y a los 6 meses de los niños y el ayuno sostenido antes de iniciar la alimentación sólida en Nepal⁷. Estos ejemplos son fieles testigos de la forma en la que los saberes tradicionales generan un marco normativo que determina desde lógicas vinculadas, hasta prácticas de lactancia que pueden o no ser beneficiosas para el lactante y la nodriza^{6,7}.

Resulta complejo generar un análisis integrador de los diferentes mitos que rodean a la LME, sin caer en juicios, sesgos o incluso prejuicios, pues si bien la evidencia científica ampara y avala la lactancia extendida, el saber popular, las culturas y, en general, estas prácticas vinculadas entre madre y lactante están atravesadas, en mayor o menor grado, por la cuestión tradicional⁸. Por lo tanto, cobra importancia la masificación y democratización de las labores de acompañamiento y educación de los consultores de lactancia ya que, si bien es cierto, la intervención que se puede realizar según cada cultura es variable, entregar información que demuestre la importancia de una asesoría de los profesionales en consultoría es fundamental para que las mujeres tengan la opción de decidir a tener una atención integral^{8,9}.

Impresiona entonces que la consejería en lactancia, por profesionales especializados, es fundamental para la iniciación y el mantenimiento de la LME. Esto se manifiesta en estudios donde se han intervenido a las mujeres embarazadas y puerperas logrando diferencias en la iniciación y mantención de la LME entre los grupos no intervenidos¹⁰⁻¹². Sin embargo, las aproximaciones actuales a la evidencia en Chile y países pioneros es escasa, por lo que describir su alcance y reconocer las brechas de investigación resulta relevante para generar e implementar acciones de mejora.

Metodología

Revisión de alcance de tipo narrativa retrospectiva basada en el protocolo del Joanna Briggs Institute (JBI) y que utiliza CASPE como herramienta para la valoración crítica de los artículos académicos y documentos adicionales.

Estrategia de exploración

Se realiza la extracción de información desde bases de datos pertenecientes a la Red de la Biblioteca de la Universidad San Sebastián incluyendo Pubmed, Scielo, Dialnet, EBSCOHost y Science Direct. Solo se seleccionaron los artículos publicados entre 2011 y 2021. Se realizó una búsqueda de estructura amplia sin limitar por presencia en el título y aparición en el resumen. Se utilizaron palabras como lactancia materna (*breastfeeding*), consultores (*consultant*), beneficios (*benefits*); sin embargo, debido al creciente cuerpo de información generado en torno a la enfermedad de la COVID-19, esta se excluyó de las ecuaciones de búsqueda. Se descartaron artículos que no tenían el texto completo gratuito, en idiomas distintos al inglés, español y portugués. También se excluyeron las investigaciones llevadas a cabo en países distintos de Estados Unidos, España, Canadá, Australia (países pioneros) y Chile. Para este último país se incluyeron fuentes adicionales como guías de práctica clínica, normas, manuales y programas del MINSAL y del MIDESO.

La Tabla 1 detalla el número de artículos obtenidos de cada una de las bases de datos consultadas, así como las ecuaciones de búsqueda utilizadas en cada una de las bases de datos.

Resultados y discusión

Como se observa en la Figura 1, en el proceso de elegibilidad se evaluaron 51 artículos académicos completos con las herramientas de valoración CASPE. Finalmente se incluyeron 15 artículos que cumplieran con los criterios de calidad y que fueron efectuados en países pioneros, además se revisaron cinco guías de práctica clínica de Chile.

La Tabla 2 ofrece el resumen de las características de los 15 artículos académicos que se seleccionaron. Es importante mencionar que no existen artículos académicos que evalúen la presencia de consultoras certificadas IBCLC en Chile, por ello no se incorpora información del país en esta síntesis.

Es posible observar que la mayoría de los estudios se conducen en Estados Unidos y España, ambos países pioneros en la certificación de consultores, y también quienes más consultoras certificadas tienen según datos de la Junta Internacional de Examinadores de Consultores de Lactancia Materna (IBLCE).

Tabla 1. Síntesis de análisis de búsqueda, por base de datos y ecuación de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros	Resultados
PUBMED	<i>Breastfeeding AND consultant</i>	No	2.012
		Sí	738
	<i>Breastfeeding AND benefits</i>	No	4.930
		Sí	1.691
	Lactancia materna <i>NOT COVID</i>	No	342
		Sí	126
Scielo	<i>Breastfeeding AND consultant</i>	No	4
		Sí	3
	<i>Breastfeeding AND benefits</i>	No	143
		Sí	97
	Lactancia materna <i>NOT COVID</i>	No	0
		Sí	0
Dialnet	<i>Breastfeeding AND consultant</i>	No	3
		Sí	1
	<i>Breastfeeding AND benefits</i>	No	0
		Sí	0
	Lactancia materna <i>NOT COVID</i>	No	0
		Sí	0
EBSCOHost	<i>Breastfeeding AND consultant</i>	No	0
		Sí	88
	<i>Breastfeeding AND benefits</i>	No	10.126
		Sí	449
	Lactancia materna <i>NOT COVID</i>	No	0
		Sí	0
Science Direct	<i>Breastfeeding AND consultant</i>	No	16
		Sí	7
	<i>Breastfeeding AND benefits</i>	No	1.077
		Sí	390
	Lactancia materna <i>NOT COVID</i>	No	0
		Sí	0

Fuente: elaboración propia

Los filtros incluyen: idiomas, países, años, lactancia en humanos, texto completo gratuito

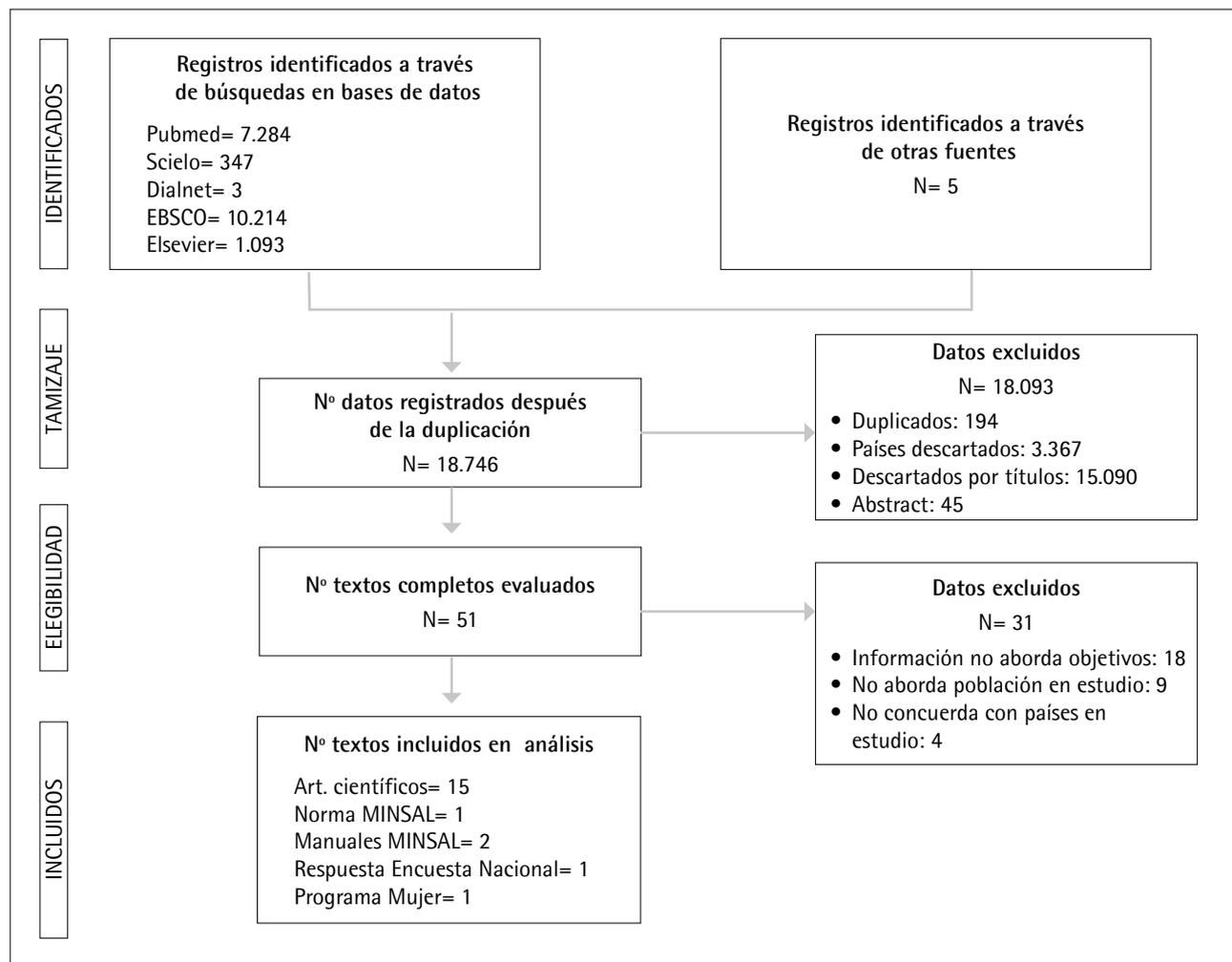


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (Modelo PRISMA)

Tabla 2. Resumen de las características de los artículos académicos incluidos en la revisión

Características	Estudios= n(%)
País	
Canadá	1 (6,6)
Estados Unidos	8 (53,33)
España	5 (33,33)
Global	1 (6,6)
Diseño del estudio	
Cohorte	2 (13,33)
Ensayo controlado aleatorizado	1 (6,6)
Cuasiexperimental (intervención)	3 (20)
Estudio sintético	2 (13,33)
Diferencia en diferencia	1 (6,6)
Revisión sistemática narrativa	6 (40)

Tabla 2. Resumen de las características de los artículos académicos incluidos en la revisión (continuación)

Características	Estudios= n(%)
Idioma	
Inglés	10 (66,66)
Español	5 (33,33)
Año de publicación	
< 2013	1 (6,6)
2013-2017	4 (26,66)
2018-2021	10 (66,66)
NOTA: no se reportaron artículos en portugués, no se encontraron artículos desarrollados en Australia	
Fuente: elaboración propia	

La mayor parte de los diseños consiste en revisiones sistemáticas narrativas o estudios con datos secundarios en idioma inglés. Es importante mencionar que la producción se concentra en el periodo 2018-2021, esto implica que algunos de los diseños de estudio incorporan nuevas dimensiones técnicas como el uso de estudios sintéticos (Computación G y Diferencia en Diferencia) y la inclusión de datos geoespaciales.

En relación con las temáticas abordadas por las distintas investigaciones es posible desglosar en cinco aspectos:

Consultoras de lactancia y los beneficios para la iniciación y mantenimiento de la Lactancia Materna Exclusiva

Un estudio realizado en EE.UU. indica que las consultoras aumentaron el inicio de la lactancia materna en grupos de mujeres que históricamente han tenido tasas de lactancia más bajas en el país: afroamericanas, con nivel de estudio hasta secundaria y solteras¹³. La evidencia restante sostiene que el apoyo de una consultora de lactancia lleva a una mayor iniciación de la lactancia materna. Sin embargo, no se ha recabado información sobre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva por más de seis meses¹⁴.

Evidencia del apoyo prenatal y posnatal de las consultoras de lactancia durante el periodo pre y posnatal

Las intervenciones realizadas tanto de forma prenatal como posnatal en APS son efectivas para aumentar la intensidad de la lactancia materna. La promoción prenatal tributa a la lactancia materna posparto en los primeros tres meses. Las consultorías posparto fueron esenciales para el mantenimiento de LME hasta los seis meses¹³.

Las intervenciones educativas, que se relacionan con la promoción de la lactancia materna, mejoran la autoefi-

cia y seguridad en las madres lactantes¹³⁻¹⁵. Demostraron tener mayor efecto en la iniciación y duración de la lactancia las clases grupales que se ejecutaron durante la gestación y finalizaron la primera semana posparto¹⁵.

Apoyo de pares en lactancia materna con acompañamiento por una consultora IBCLC

La integración de servicios de apoyo a la lactancia se asocia con una mayor duración de la lactancia. La integración de consultoras certificadas por el IBLCE a grupos de apoyo, hospitales y centros de APS resultó beneficiosa para mujeres de escasos recursos^{13,16}. Mientras un estudio español no llega a un consenso con respecto a que los grupos de apoyo por sí solos aumenten las tasas en el inicio de la lactancia materna posparto, al compararlos con la intervención habitual¹⁷.

Es importante considerar que las decisiones de inicio o duración de la lactancia se ven influenciadas por factores sociales como la familia, los proveedores de salud, los empleadores, los medios de comunicación y los grupos de apoyo¹⁵⁻¹⁸. Aquellas mujeres que tuvieron apoyo de sus familias con respecto a la LME tienen mayor probabilidad de iniciar y mantener la lactancia materna a los dos meses, además aquellas que percibían que su médico apoyaba la LME tienen mayor probabilidad de iniciar la lactancia¹⁸.

Si bien quien brinda apoyo es importante para garantizar la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna, también incide cuánto y de qué forma se le otorga apoyo a las madres que amamantan. Para mejores resultados se recomiendan intervenciones que sean en persona, con componentes específicos de la lactancia cercano al término de la gestación¹⁹. A esto se suma que la participación de la pareja o las figuras que componen el entorno de la diada se relacionan directamente con el tiempo de duración de la lactancia²⁰.

Determinantes y factores que influyen en la prevalencia y/o cese de la lactancia materna

Factores determinantes de la continuidad de la LME hasta los seis meses son: la falta de confianza para amamantar, dolor, problemas de succión, llanto del bebé, grietas, infecciones, ingurgitación, mastitis, tipo de parto, ejecución del contacto precoz piel con piel, mala experiencia con la lactancia previa, comentarios de familiares y/o amigos, aspectos relacionados con la vuelta al trabajo, y el nivel socioeconómico y educativo de la madre^{9,12,15,18-20}.

Un determinante beneficioso para los RN que se hospitalizan en unidades de neonatología de alta complejidad es que se incorporen consultoras de lactancia certificadas para garantizar el uso de leche materna desde el séptimo día de vida en adelante¹⁴.

En Chile, el Informe Técnico: Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria concluyó que si bien los beneficios de la lactancia materna son evidentes se deben promover por medio de un profesional capacitado¹.

Brechas y limitaciones de la evidencia sobre consultoras de lactancia certificadas IBCLC

En España, la evidencia es limitada en cuanto a la relación costo efectividad y a las estrategias para mejorar la lactancia materna, por ende, los ensayos de intervenciones para promover la lactancia materna deben incluir una evaluación de costo-efectividad de las intervenciones sugeridas^{4,21}.

La constricción temporal asociada a la duración de la intervención, el tiempo de seguimiento y el tipo de intervención educativa sobre la autoeficacia de la lactancia materna son factores determinantes para la elaboración de programas educativos y la formulación de políticas públicas de promoción¹⁴⁻¹⁷. La efectividad de la educación hasta el periodo de seguimiento de seis semanas tuvo mejores resultados, al igual que la educación basada en la teoría y la evidencia, que debe tener en consideración factores como la cultura, religión, y tradición¹⁵.

Tanto en Chile como en España se hacen necesarios estudios experimentales con grupos de control para evaluar de forma específica la eficacia de las medidas implementadas para fomentar la lactancia materna^{1,13,17}.

Conclusiones

La integración de un IBCLC entre el personal de la sala de maternidad y servicios de salud ha sido apreciada por las mujeres lactantes y permitió una mejor experiencia y percepción de autoeficacia durante la lactancia materna. Se puede obtener un crecimiento de la tasa de LME involucrando a consultoras certificadas IBCLC, sobre todo durante las primeras seis semanas posparto.

La información IBCLC en Chile ha crecido de forma exponencial en los últimos años, involucrando a distintos profesionales de la salud y personas en su formación. Sin embargo, la evidencia sobre el efecto en la lactancia materna que tienen las consultoras certificadas en el país es escasa, por lo que líneas futuras de investigación deberían enfocarse en desarrollar investigaciones que aborden tanto las intervenciones ofrecidas por las consultoras certificadas como por quienes reciben los servicios en el ámbito individual y familiar.

Dado que existe evidencia que apoya la incorporación de consultoras certificadas en los distintos niveles de atención de salud se sugiere que futuras investigaciones aborden el estudio de los servicios intrahospitalarios, ofreciendo capacitación o certificaciones IBCLC a los profesionales que interactúan en la cadena inicio-mantenimiento de la lactancia materna, o que dentro de los currículos de formación de profesionales de la matronería se incorporen los conocimientos de la fisiología de la lactancia y los contextos históricos que la han rodeado.

Reflexión final

La labor de apoyo a la lactancia tradicionalmente la hicieron las matronas y con los conocimientos actuales, evidencia científica y habilidades clínicas prácticas, incluidos en su carrera formativa, podrían seguir desarrollándola sin necesidad de desarrollar una profesión nueva como es la de consultoras IBCLC que están buscando su encaje dentro de los sistemas de salud. El apoyo de la matrona a la mujer lactante se produce desde el periodo prenatal, será la primera profesional que inicie la lactancia materna desde el momento del parto y el seguimiento en el periodo posparto, además con una visión de conjunto del tratamiento a la mujer en su embarazo, parto y posparto y el cuidado del recién nacido hasta los 28 días de vida, de forma integral.

La iniciativa de formación de IBCLC surge en 1985 como una "respuesta a la necesidad de estándares de la profesión emergente de consultoría en lactancia, debido al aumento de información sobre los beneficios de la lactancia materna y de las organizaciones de apoyo a las madres"²³.

Un denominador común a esta iniciativa de formación, que proviene de países como EE.UU. y Australia, es la ausencia de matronas en el acompañamiento y asistencia del parto. En el primer país la partería desapareció casi por completo a finales del siglo XIX, siendo los profesionales de la medicina quienes se encargaron del nacimiento²⁴. Por otro lado, la formación de partería en Australia no comenzó hasta principios del siglo XX y se argumenta que su intención no se enfocaba en la formación de matronas autónomas, sino más bien en un cargo de subordinación dentro de las unidades de maternidad; no fue hasta la década de 1980 que se comenzó la formación universitaria de profesionales de la partería²⁵.

Si bien la idea de tener soporte como a consultores de lactancia IBCLC es relevante se plantea que surge como una respuesta a la brecha de profesionales de la partería en los servicios de salud para llegar a cubrir todas las necesidades de las madres-mujeres, a lo que se suma el uso indiscriminado de la promoción de la lactancia artificial por las razones contextuales mencionadas. A lo largo del desarrollo de la humanidad han existido múltiples razones para la instalación de lactancia artificial, las menos por causas fisiológicas y nunca resultó, al menos aparentemente, tan compleja la lactancia como en la actualidad que parece que requiere de intervención y seguimiento profesional constante. Impresiona, de forma inexplicable, que existe una merma sustancial de la confianza de las nuevas madres en su capacidad, así como una serie de factores sociales y de desarrollo económico que han implicado una instauración eficaz del proceso de lactancia.

Desde esta perspectiva un abordaje multinivel por parte de las instituciones de salud es necesario para retornar al alimento natural, ya que ciertamente no hay ningún alimento de diseño que le supere. Sin embargo, esto no implica en ningún caso que quienes amamantan o deciden no hacerlo se sientan presionadas o disminuidas en su poder de autonomía por profesionales que no respetan su decisión.

Chile tiene una larga historia de formación de profesionales de la matronería, por lo que abogamos para que en la práctica y formación curricular se entreguen habilidades específicas mayores que permitan responder a una necesidad epistemológica y social mayor respecto al conocimiento de la fisiología de la lactancia. A la vez se hace importante propender el aumento de profesionales de la matronería suficientes para la atención adecuada de la mujer y su recién nacido en los distintos contextos clínicos, más aún en una etapa crucial en la vida de ambos como lo es el amamantamiento.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- Rosso F, Skarmeta N, Sade A. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Informe técnico encuesta nacional de lactancia materna en la atención primaria [internet]. Ministerio de Salud subsecretaría de la Salud Pública; 2023 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/informe_final_enalma_2013.pdf
- Ministerio de Salud. Iniciativa Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño/Niña. Protección y Promoción de la Lactancia Materna [internet]. Ministerio de Salud: 2022 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/Manual-Operativo-Piloto-Proceso-de-Acreditacion-IHAN.pdf>
- Galleguillos S, Pinto E, Ortega P. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. *Rev int salud materno fetal* [internet] 2016 [citado 12 jul 2023]; 8. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158>
- Pina DI. La recomendación de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: algunas consideraciones, acta pediátrica española. *Acta Pediatr Esp*. 2018; 76(3-4):40-3.
- Souza EFC, Shimo AKK, Pina-Oliveira AA. Efecto de una intervención educativa sobre lactancia materna: un ensayo clínico aleatorizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet] 2019 [citado 12 jul 2023]; 28:1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692020000100407&tlng=en
- Souza Marques E, Cotta R, Priore S. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16:2461-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500015>
- Sharma S, Van Teijlingen E, Hundley V, Angell C, Simkhada P. Dirty and 40 days in the wilderness: Eliciting childbirth and postnatal cultural practices and beliefs in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:147. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0938-4>
- Roncallo C, Sánchez de Miguel M, Arranz E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *PSY WRIT* 2015; 8:14-23. Doi: <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Iglesias S, Santamaría M, Álvarez A, Rico M, González I, Rodríguez R, et al. Eficacia de una intervención grupal educativa en atención primaria para la continuación de la lactancia materna exclusiva: estudio PROLACT. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1679-3>
- Moraes B, Rodrigues J, Aparecida V, Cordova I, Geremias H, De Carvalho A. Lactancia materna en los primeros seis meses de vida de los bebés atendidos por consultoría de lactancia. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2021; 29:e3412. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3538.3412>
- Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a quasi-experimental study. *Rev. esc. enferm. USP* 2022; 56:e20210428. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0428>

12. Ruiz I. Causas de abandono de la lactancia materna en España (2005-2015). [Trabajo Fin de Grado]. [internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39125/tfg-o-1760.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Kapinos Kandice A, Bullinger L, Gurley Calvez T. Lactation support services and breastfeeding initiation: evidence from the Affordable Care Act. *Health Services Research* 2017; 52.6:2175-96.
14. Leeman KT. Improving access to lactation consultation and early breast milk use in an outborn NICU. *Pediatric Quality & Safety* 2019; 4.1.
15. Maleki Azam, Faghihzadeh E, Youseflu S. The effect of educational intervention on improvement of breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International* 2021.
16. Sánchez A. Improved breastfeeding outcomes following an on-site support intervention in an academic family medicine center. *Family Medicine* 2019; 51.10:836-40.
17. Rodríguez-Gallego I. Impact and effectiveness of group strategies for supporting breastfeeding after birth: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18.5:2550.
18. Scott JA, Binns CW, Aroni RA. The influence of reported paternal attitudes on the decision to breast-feed. *J. Paediatr Child Health* 1997; 33.4:305-7.
19. Assibey-Mensah V. Effectiveness of peer counselor support on breastfeeding outcomes in WIC-enrolled women. *JNEB* 2019; 51.6:650-7.
20. Jiang L. Estimating the population impact of hypothetical breastfeeding interventions in a low-income population in Los Angeles County: An agent-based model. *PLoS one* 2020; 15.4:e0231134.
21. Bonuck K. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity." *American Journal of Public Health* 2014; S119-S127.
22. Camacho EM, Hannah H. Cost-effectiveness evidence for strategies to promote or support breastfeeding: A systematic search and narrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20:1-8.
23. IBLCE [internet]. 2017 [citado 12 jul 2023]. History. Disponible en: <https://iblce.org/about-iblce/history/>
24. Brucker M. Parkland School of Nurse Midwifery History of Midwifery in the US. *Neonatology* [internet] 1996 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://neonatology.net/pdf/midwifery.history.pdf>
25. Australian Association of Midwives. Australian Midwifery History. Takeover era 1900-1930. [internet] [citado 12 jul 2023]; 2021. Disponible en: <https://australianmidwiferyhistory.org.au/takeover-era-1910-1930s/>

Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos

M^a Isabel Castelló López

Matrona. Psicóloga. Sexóloga. Máster en Bioética. Presidenta del Comité de Ética y Deontología del Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Valencia (España).

Contacto: maribel.cl.matrona@gmail.com

Fecha de recepción: 12 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 26 de junio de 2023.

Cómo citar este artículo:

Castelló López MI. Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos. *Matronas Hoy* 2023; 11(2):33-9.

Resumen

Introducción: en pleno siglo XXI, la sociedad no se ha liberado de la lacra de la violencia contra las mujeres porque se siguen comprando y traficando con ellas, explotando su cuerpo, volviendo a cosificar y despersonalizar sus cuerpos y mentes, con fines machistas y patriarcales, perpetuando el deseo de los hombres sobre la posesión de las mujeres.

Actualmente, las formas de explotación son más sibilinas, porque admitir que lo que ha cambiado son las formas pero no el fondo, sería admitir que poco ha cambiado la concepción de igualdad por razones de género o de equidad por razones de sexo.

La prostitución es la práctica de explotación sexual más antigua y bien conocida, muchas mujeres a cambio de dinero se ven sometidas a cualquier práctica sexual por humana o inhumana que sea, incluso con violencia.

En este artículo se hablará en profundidad de la explotación reproductiva, una nueva forma de violencia contra las mujeres que comparte con todas las formas de violencia contra estas, la violación de derechos humanos (DDHH), entre ellos el de la dignidad, y los derechos sexuales (DDSS), además de varios principios éticos.

Objetivos: revisión de conceptos relacionados con la maternidad subrogada, definir el marco conceptual y legal de esta controvertida práctica, instar a una reflexión ética sobre los derechos conculcados de la madre gestante y el recién nacido por estas nuevas formas de explotación reproductiva, y poner en valor los efectos psicológicos en madres biológicas y recién nacidos.

Método: revisión de la literatura y análisis desde la perspectiva bioética.

Conclusiones: la maternidad subrogada es una práctica NADA ética y que incumple muchos de los valores y principios éticos, además de vulnerar los Derechos Humanos. La maternidad subrogada no existe, se es madre desde que se gesta hasta el final de la vida biológica de la mujer y el proceso físico, psíquico y emocional no se puede (no se debe) subrogar (vender), es un proceso vital en la vida de una persona. La esclavitud humana está abolida, no se puede legislar: dignidad humana (DDHH); nadie pertenece ni es propiedad de nadie. Más allá del órgano que se necesita, el útero, no se puede alquilar al margen de la persona, desde la visión integral y ética. Ser madre/padre NO es un derecho, es un deseo.

Palabras clave: matronas; vientres de alquiler; maternidad subrogada; derechos humanos; derechos sexuales; derechos reproductivos; ética; explotación sexual; explotación reproductiva.

Abstract

Sexual and reproductive exploitation: violating rights

Introduction: *in the 21st century, society has not yet been released from the scourge of violence against women, because they are still being bought and trafficked in, exploiting their bodies and objectifying and dehumanizing against their bodies and minds, with chauvinist and patriarchal aims, and perpetuating the desire of men to possess women.*

Currently, exploitation forms are more devious, because admitting that forms have changed but the substance has not would be admitting that there has been little change in the concept of equality by gender or equity on the basis of sex.

Prostitution is the oldest and well known sexual exploitation practice; in exchange for money, many women are submitted to any sexual activity, no matter how human or inhuman, even with violence.

This article will discuss in depth reproductive exploitation, a new form of violence against women which shares with all other forms of violence against them the violation of human rights (HR), including dignity, and sexual rights (SR), as well as many ethical principles.

Objectives: *a review of concepts associated with surrogate motherhood, to define the conceptual and legal framework of this controversial practice, to invite to an ethical reflection on the violated rights of the pregnant mother and the newborn due to these new forms of reproductive exploitation, and to showcase the psychological effects on biologic mothers and newborns.*

Method: *a literature review and analysis from a bioethical perspective.*

Conclusions: *surrogate motherhood is NOT an ethical practice; it violates many ethical values and principles, as well as Human Rights. There is no such thing as surrogacy, a woman is a mother since gestation and until the end of her biological life; and this physical, psychological and emotional process cannot (must not) be surrogated (sold), it is a life process for a person. Human slavery has been abolished, it cannot be legislated on. Human dignity (HD): nobody belongs or is owned by anybody. The organ required, the uterus, cannot be leased separately from the person, from an integral and ethical point of view. Being a parent is NOT a right, it is a wish.*

Key words: *midwives; surrogacy; surrogate motherhood; human rights; sexual rights; reproductive rights; ethics; sexual exploitation; reproductive exploitation.*

Introducción

Es tan ancestral, como misógina e irracional, la teorización de Aristóteles sobre la inferioridad física, intelectual y moral de las mujeres que, sin embargo, afirmó la vía al mundo dominado por el androcéntrismo en el que, como resultado de la hegemonía del hombre, se produjo la subordinación, el sometimiento, la marginación y la violencia contra las mujeres, de forma individual o colectiva. La teoría sobre la inferioridad de las mujeres del llamado "padre de la filosofía" tuvo su fuerte influencia durante siglos, y aún hoy las mujeres sufrimos las causas de sus derivaciones poniéndose de evidencia la desigualdad de género entre hombres y mujeres, lo que menoscaba los derechos de estas.

Actualmente vivimos en un neoliberalismo que parece que todo lo permite y en lo que todo está permitido, con falacias argumentales que apelan a la libertad, a saber, libertad para decir lo que se quiera de la manera que sea, hacer lo que se anhela aunque sea a través de la violencia. Ejemplos

de ello es utilizar cuerpos de mujeres y niñas para un fin que lleva confundiendo a la sociedad entre lo que es género y lo que es sexo, comprar y traficar con personas, explotar el cuerpo de mujeres intentando convencer de que lo venden porque quieren, en definitiva, volviendo a cosificar y despersonalizar a las mujeres, sus cuerpos y sus mentes, con fines machistas y patriarcales, perpetuando el deseo de los hombres sobre la posesión de las mujeres.

En España, al menos, pasamos ya épocas en las que las mujeres fueron perdiendo los derechos que les otorgó la constitución de 1931¹, hasta el extremo de que en el modelo de mujer/familia promovido por el franquismo, las casadas pasaban de la tutela de sus padres a estar bajo la tutela de sus maridos, de forma que debían pedir permiso a estos para algo tan banal como sacar dinero del banco, o en el otro extremo, una decisión de importancia en ejercicio de sus derechos reproductivos como realizarse una ligadura tubárica (esterilización); paradójicamente en este último

caso, frente a la dificultad y el riesgo que esta intervención suponía para la mujer en contraposición a las implicaciones de una vasectomía a la que pudiera someterse el varón, más sencilla y menos riesgosa, se anteponía la elección del varón, muchas veces desde la errónea creencia de que su "masculinidad fuera mermada", por lo que debía de ser la mujer quien se sometiera a la intervención.

Las mujeres requerían permiso de los hombres para trabajar, para casi todo, hasta casi para vivir.

Resultaba lógico pensar que el establecimiento de un régimen dictatorial de corte fascista sin duda comportaría una serie de limitaciones y negación de derechos para todas las personas. Pero lo cierto es que este incidió de una manera especialmente significativa en las mujeres, suponiendo para ellas la vuelta a la subordinación jurídica y representado un retroceso de siglos².

La militante feminista Sender Bergé afirmaba al respecto que *"tras la Guerra Civil, nosotras las mujeres perdimos más que los hombres, porque además de la libertad y la democracia, Franco nos arrebató todos los derechos que la República nos otorgó y que situaban a la mujer española en la vanguardia de Europa"*³.

La dictadura articuló con rapidez una sucesión de medidas al objeto de reposicionar a la mujer en un modelo de dominación del hombre sobre la misma y de sumisión de esta, en la que se le seguía considerando un ser inferior y desprovisto de cualquier capacidad o competencia autónoma. Puede que a muchas os sorprenda, porque no lo hayáis conocido, pero no me estoy remontando a siglos, hablo de un pasado reciente (1939-1975).

Ahora las formas son más sibilinas, porque admitir que lo que ha cambiado son las formas pero no el fondo, sería admitir que poco ha cambiado la concepción de igualdad por razones de género o de equidad por razones de sexo, a decir verdad, algo hemos cambiado en esta sociedad machista y patriarcal, pero más nos queda por cambiar, la explotación sexual y reproductiva de las mujeres en el s. XXI.

Marco conceptual y legal de la explotación sexual y reproductiva

Para seguir y poder entender mejor el contexto en el que me voy a centrar hace falta definir los conceptos que manejaré a lo largo de este artículo.

Puede que si menciono explotación sexual todo el mundo entienda que me refiero a la prostitución, al pago a mujeres (generalmente) por mantener relaciones sexuales, del tipo que sean, a petición de un hombre, por deseo de poseer no solo su cuerpo sino también su voluntad, so pretexto de que "el que paga manda", sometiéndolas a cualquier práctica por humana o inhumana que sea, incluso con violencia.

Ya sabemos el flaco favor que ha hecho la industria del porno a las mujeres, fomentando el porno violento como una manera más de normalizar las relaciones sexuales, generalmente heterosexuales, en la práctica de la prostitución. Ya no solo es suficiente y deleznable tener que pagar por ello, sino que sea para satisfacer sus prácticas violentas sobre las mujeres que en situación de vulnerabilidad social y económica acceden a este infernal mundo, por mucho que lo vendan como "trabajo" o "voluntario".

La prostitución en España no está regulada por ley (permitida o prohibida), aunque actividades relacionadas, como el proxenetismo, son ilegales.

La prostitución, sin embargo, viola derechos humanos (DDHH), entre ellos el de la dignidad, si las personas se cosifican como objeto de usar y tirar, poca dignidad o ninguna se les da, y los derechos sexuales (DDSS) además de varios principios éticos.

Continuo con la explotación reproductiva, en el marco de la que el caso más alarmante publicado últimamente es el de la posibilidad de utilizar cuerpos de mujeres en estado vegetativo para servir como úteros y gestar hijos/as para otros. Un planteamiento descabellado parecerá a muchos como a mí, pero no, es el resultado de la distopía en la que estamos viviendo, más cruda y real que la que podamos ver en las pantallas de cine o televisión.

En España, la explotación reproductiva es una práctica ilegal o prohibida por la ley 14/2006⁴, aunque hay países en los que está legalizada y es ahí donde generalmente van a "comprar" (acto inmoral o no ético) algunos a sus hijos, como única oportunidad de ser padres, hasta convertirse en países "granja de mujeres" con este fin, como son Ucrania y otros del continente americano.

Vientre de alquiler, gestación subrogada o maternidad subrogada

Para empezar este apartado juzgo más conveniente definir lo que es la subrogación en términos generales para luego entrar en su aplicación "comercial" en el proceso de gestación.

- Subrogación, sustantivo del verbo subrogar, término empleado en derecho relacionado con la delegación o reemplazo de competencias hacia otros; es un tipo de sucesión. Se trata de un negocio jurídico mediante el cual una persona sustituye a otra en una obligación. Así, dentro de esta doctrina las principales clases de subrogación son la real y la personal, según se trate de sustituir una cosa por otra o una persona por otra. También se recoge en el artículo 1210 del Código Civil⁵ que la Subrogación es el acto de sustituir una persona física por otra ante unas obligaciones o derechos, de manera que el nuevo titular se comprometerá con el cumplimiento

del pago de esa deuda y en este mismo artículo refiere las diferentes formas de subrogación.

En resumen, es un negocio en el que lo que se vende y se compra es una persona, un ser humano. También como hemos dicho, se utiliza el término "sustitución".

- **Ventre de alquiler:** la propia denominación está cosificando a la mujer al hacer únicamente referencia a una parte de su cuerpo, vientre, donde se ubica el órgano necesario e imprescindible para la gestación, su útero, que "se alquila" y en el que se desarrolla el embrión/feto; se utiliza sin tener en consideración que quien es propietaria de ese órgano es la propia mujer pero que se invisibiliza porque realmente no le importa al que renta o alquila, previo pago por el uso temporal. Es fácil comprender dónde quedan los derechos de la mujer gestante como persona, si solo se contempla una parte de su cuerpo alienando todo lo demás.
- **Gestación subrogada (GS) o por sustitución:** con este término la sociedad ya es más ambigua, pues para unos es un acto inmoral la compraventa de personas mientras que para otros es la solución a sus problemas de infertilidad, el 30% de las parejas que fracasan en los tratamientos de reproducción asistida (TRA); también para parejas homosexuales con deseo de ser padres o banalizando la cuestión, para famosas que no quieren ver alterado su cuerpo porque viven de su imagen (a todos nos sonarán conocidas cantantes, actrices o gente llamada VIP -*Very Important Person*-), que sobre todo frivolan con este proceso fisiológico al que, en principio, cualquier mujer en edad fértil puede, si quiere, recurrir para tener hijos.

En este contexto, en el que el artículo va dirigido a profesionales de la obstetricia, está de más explicar la definición de gestación que da la Real Academia Española (RAE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero la definición jurídica es: "periodo de tiempo comprendido entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto".

Supongo que también está de más explicar los cambios físicos, psíquicos y emocionales que ocurren en una mujer durante la gestación que creo que nos afecta directa e indirectamente como matronas, así como los riesgos que puede llevar su embarazo, las complicaciones durante el parto y las secuelas en el puerperio.

Tipos de gestación subrogada

- **Gestación subrogada tradicional:** la persona gestante pone su propio óvulo y el esperma es de la otra pareja (contratante) o de donante masculino. Una madre gestante es la madre genética de un niño, porque su propio óvulo, fertilizado por el material de un futuro padre o

donante, se usa para el embarazo. Raramente se usa por razones morales y éticas, ya que sucede que una madre gestante no quiere dar el recién nacido, considerándolo suyo.

- **Gestación subrogada gestacional:** la persona gestante tiene óvulo y esperma de la pareja contratante, el tipo más común, una combinación exitosa de los logros de la biología, la medicina, la ciencia y la tecnología. En este caso, el óvulo de una futura madre o donante es fertilizado por FIV y se coloca en el útero de una madre gestante para la gestación. En este caso no existe una relación genética entre la madre gestante y el niño. Y el niño está 100% relacionado genéticamente con una pareja, dado que el óvulo se extrajo del útero y se fertilizó, se examina el óvulo y el embrión resultante para que este esté sano y la transferencia sea lo más exitosa posible. Dentro de este tipo se encuentran algunas variantes como son:
 - Subrogación con un embrión propio. Si los ovarios de una mujer funcionan normalmente se somete a estimulación hormonal, después de lo cual se toman óvulos maduros por punción folicular. Se fertilizan con el material biológico del padre o donante. Después de unos días, el embrión sano resultante se transfiere al útero de una madre gestante.
 - Gestación subrogada con su propia madre gestante. En este caso, una pareja llega a la clínica con su madre gestante. Esta puede ser una pariente o amiga cercana. Este tipo tiene varias ventajas. En primer lugar, es "tu propia persona", madre gestante emocional o genéticamente cercana a futuros padres. En segundo lugar, la conoces bien (salud, hábitos, rasgos de carácter) y confías en ella. En tercer lugar, ahorras en servicios de selección y remuneración.
 - Gestación subrogada con donación de óvulos. Está previsto cuando una futura madre tenga problemas con sus propios óvulos sanos. Para ello se selecciona una donante de ovocitos más adecuada, después de la terapia hormonal, se le extraen los ovocitos y se fertilizan. Después se implantan embriones sanos en la cavidad uterina de una madre gestante. En este caso, tampoco existe una relación genética entre el niño y la madre gestante. La relación genética del niño es del 50% de la donante de óvulos y del 50% del hombre de la pareja que pidió este procedimiento.

El criterio más importante para la disponibilidad de gestación subrogada es la remuneración de una madre gestante. En este caso, la gestación subrogada puede ser:

- **Subrogación altruista:** una madre gestante no recibe una recompensa separada por gestar y dar a luz a un niño. Pero los futuros padres están obligados a reembolsar todos los gastos incurridos por ella: legales, médicos,

gastos de comida, ropa, traslado, alojamiento, etc. Este tipo ocurre en los casos en que una madre gestante actúa de mutuo acuerdo.

- Subrogación comercial: cuando una mujer que gesta y da a luz a un bebé para otra familia recibe una recompensa monetaria por separado. Además, todos los costos del embarazo también son reembolsados por los padres del recién nacido.

Vale la pena señalar que en algunos países (Canadá, Países Bajos, Finlandia), la ley pertinente prohíbe el anonimato en materia de gestación subrogada, FIV o donación de material biológico. Esto también obliga a los padres a proporcionar información completa sobre la donante y los hechos del nacimiento del niño mayor de 18 años.

Opino que es pertinente en este punto anotar que en muchos países europeos, como Bélgica, España, Grecia, la República Checa, no existen actos legislativos claramente definidos sobre la gestación subrogada, pero de hecho se lleva a cabo mediante el comercio o compraventa, como ya dije en otros países, con clínicas que tramitan todo como si de una empresa de exportación e importación de productos exóticos se tratara, llegando a costar el proceso entre 50.000 € y 180.000 €, lo que resulta discriminatorio porque está solo al alcance de unos pocos con alto poder adquisitivo o que tengan que hipotecar su vidas con una entidad bancaria (Cuadro 1).

Cuadro 1. Estimación del costo aproximado de un hijo/a mediante gestación subrogada	
Servicio	Precio
Fertilización FIV "in vitro"	5.000-40.000 € +
Procedimientos médicos adicionales (donación de material, varios intentos de FIV, etc.)	3.000-15.000 € +
Agencia de gestación subrogada	8.000-30.000 € +
Soporte legal (país de destino)	6.000-9.000 € +
Compensación financiera de la madre gestante	10.000-40.000 € +
Otros gastos (viaje, fuerza mayor, seguro, depósito, etc.)	10.000-30.000 € +
TOTAL	50.000-180.000 €
Fuente: elaboración propia	

Muchos como yo creemos, como apunta Tong, que la subrogación gestacional trivializa la reproducción a través de transacciones que traducen las capacidades reproductivas de una mujer y los bebés resultantes en mercancía⁶.

Son muchos los datos aportados hasta el momento para, al menos, poner en cuestión esta práctica ilegal y nada ética. Ahora lo último es disfrazarla, rodeándola de un halo más humanizado e integral y denominándola "maternidad subrogada" como si eso convirtiese la acción en menos reproducible a los ojos del mundo.

Desgraciadamente, en mi opinión, la OMS al incluir el término "gestante subrogada" en su Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), la considera una TRA. Define el término como "mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos y/o de terceros".

La contempla para casos de:

- Infertilidad masculina (problemas con los espermatozoides, infecciones previas, anomalías congénitas de los órganos reproductivos, etc.).
- Pérdida del útero como órgano (accidentes, casos trágicos, operaciones, procesos sépticos).
- Anormalidades de los órganos reproductores femeninos (anomalías de los ovarios, trompas de Falopio, etc.).
- Anomalías del útero y del cuello uterino (defectos endometriales, aborto, legrado, conización y otras intervenciones quirúrgicas).
- Enfermedades oncológicas.
- Trastornos endocrinos (estrés, infecciones, anomalías congénitas).
- Anomalías que pueden conducir a un resultado letal (defectos cardíacos, enfermedades cardiovasculares, etc.).

Pero también para otras situaciones o indicaciones no tan "clínicas" o de patología como son:

- Numerosos intentos fallidos de FIV (más de cuatro veces).
- Incompatibilidad inmunológica (cuando el sistema inmunitario de una mujer rechaza el espermatozoides de un hombre y lo "mata").
- Edad (cuando una mujer no es capaz de gestar un bebé y parir debido a la edad).
- Condiciones sociales y psicológicas de un hombre o una mujer que imposibilitan la reproducción.
- Pérdida de un pariente cercano y deseo de preservar la memoria de él a través de un niño de su material genético.
- Horario de trabajo ocupado y si las mujeres no quieren abandonar la vida activa (mujeres emprendedoras, políticas, actrices, etc.).
- Falta de voluntad para estropear la figura con gestación y parto (modelos, actrices, personas públicas, etc.).

Como se puede observar tras la lectura de los supuestos contemplados, algunos de ellos están sustentados sobre la banalidad y vanidad de algunas/os usuarias/os.

Implicaciones biopsicosociales de madres e hijos

Las profesionales, fundamentalmente matronas, a quienes dedico este artículo, la mayoría madres e incluso no siéndolo, comprenderéis que la maternidad no solo es conveniente que sea deseada, que no solo comienza con el proceso de gestación, sino que, desde un punto de vista psicológico y biológico, el proceso de convertirse en madre y padre comienza mucho antes del parto, considerándose la gestación la primera fase del proceso a través de la que se establecen los primeros vínculos prenatales y, por supuesto, se es madre/padre hasta el final de los días.

¿Podéis imaginar la tiránica obligación de una mujer que se somete a la GS de disociarse completamente para no sentir nada con el niño/a que lleva en su vientre? Salvo patología yo no lo concibo porque la maternidad es una vivencia vital de amplio espectro social y cultural, además de físico y emocional, para la mujer.

Pero y ¿qué pasa con el puerperio? Suponiendo que todo trascorra de manera fisiológica, eutócica o sin complicaciones, ¿alguno de los compradores piensa en la salud mental de la madre gestante o solo en el beneficio económico que va a obtener le compensará de cualquier problema? Con el pretexto de que "como te pago no tienes derecho a nada", la mujer pasa a ser una cosa (persona) sin derechos perteneciente a alguien, esclava de unos amos que la van a controlar, si fuera necesario, y a vigilar por si tiene alguna iniciativa fuera de lo estipulado en el contrato.

La mujer, además de estar en una situación social y económica vulnerable, con la gestación se agrava aún más su vulnerabilidad, lo que acaba convirtiéndola, además, en otra víctima del sistema patriarcal y misógino donde a las mujeres se les niega la capacidad de sentir apego con sus hijos engendrados a partir del deseo de otras personas.

Como resultado podemos tener mujeres durante el puerperio con un duelo no permitido, con sentimiento de culpa o traumatizadas o con una alexitimia cronicada, es decir, "incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos".

No voy a abordar aquí las secuelas o consecuencias psicológicas de los niños y las niñas nacidos bajo este proceso, que los tienen y muchos, porque entre otras cosas, son los únicos que tendrían derecho de ser queridos y tener una familia que garantice su desarrollo y crecimiento saludable en el más amplio sentido.

Juzgo primordial que matronas (y obstetras) estén informados sobre las complejidades médicas, éticas y psicosociales de la maternidad subrogada porque, aun siendo ilegal su práctica en España, podría darse el hipotético caso de verse comprometidos a desempeñar uno de los varios roles en la subrogación gestacional, como es la consulta y asesoramiento de pacientes infértiles que consideren este tratamiento.

Traslado a modo de glosa final para cerrar este artículo de reflexión, un apunte sobre el particular especialmente interesante: *"la maternidad es un fenómeno sociocultural complejo que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares"* y ser madre o padre, no es ningún derecho ni obligación, es un deseo que a veces conlleva frustración al no poder aceptar una realidad que no puede ser regulada o legislada a costa de someter a otras personas. No se puede legislar sobre deseos, no habría leyes suficientes, puesto que los deseos es algo personal y, por lo tanto, subjetivo. No se puede regular leyes para "deseos"⁸.

Junto a esta manifestación tan madura como sabia, añado la no menos sesuda de Nuria González, autora del libro *Vientres de alquiler: la mala gente*, muy interesante para profundizar en el tema expuesto: *"las personas no son de nadie, ninguna persona, de ninguna edad. Nadie tiene el título de propiedad de nadie, ni siquiera las madres de sus hijos e hijas. Las madres no son propietarias de lo que paren, sino que son madres de lo que paren...Y como las personas no son de nadie, nadie puede ser regalado, vendido o comprado por nadie"*⁹.

Conclusiones

De todo lo expuesto se concluye que la maternidad subrogada es una práctica NADA ética y que incumple con muchos de los valores y principios éticos además de vulnerar los Derechos Humanos:

- La maternidad subrogada no existe, se es madre desde que se gesta hasta el final de los días y el proceso físico, psíquico y emocional no se puede (no se debe) subrogar (vender), es un proceso vital en la vida de una persona.
- La esclavitud humana está abolida, no se puede legislar dignidad humana (DDHH). Nadie pertenece ni es propiedad de nadie.
- Más allá del órgano que se necesita, el útero, no se puede alquilar al margen de la persona, desde la visión integral y ética.
- Ser madre/padre NO es un derecho, es un deseo.

Bibliografía

1. Senado de España. Constitución de 1931. [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: https://www.senado.es/web/conocersenado/senadohistoria/senado18341923/Estatuto1834/detalle/index.html?id=CONSTITUCION_1931
2. Moraga García MA. Notas sobre la situación jurídica de la mujer en el franquismo. Universidad de Alicante. *Feminismo/s* 12 [internet] diciembre 2008 [citado 2 jul 2023]; 229-52. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11657/1/Feminismos_12_09.pdf
3. Sender Begué R. Luchando por la liberación de la mujer, Valencia, 1969-1981. Colección: Història i Memòria del Franquisme, 10. Valencia: Universitat de Valencia; 2006. p. 182.
4. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE [internet] núm. 126, de 27 de mayo de 2006 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>
5. Colex. Artículo 1210 Código civil. Vademecum legal [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.vademecumlegal.es/legislacion/articulo-1210-codigo-civil>
6. Tong R. Feminist bioethics: Howard developing a "feminista" answer to the surrogate moltherhood question. *Kennedy Inst Ethics J* 1996; 6:37-52.
7. Zegers-Hochschild F, Adamson GB, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010. [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asistida_TRA.pdf
8. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan* [internet] 2014 [citado 2 jul 2023]; 14(3):3196-326. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74132361004.pdf>
9. González N. El gobierno de Colombia reinstaura la colonización y la esclavitud. *El Taquígrafo* [internet] feb 2023 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.eltaquigrafo.com/articulo/investigacion/gobierno-colombia-reinstaura-colonizacion-esclavitud/20230202192500021328.html>

Confusión en la interpretación de la frecuencia materna como frecuencia cardiaca fetal en un caso de muerte fetal anteparto: a propósito de un caso

¹ Elena Fernández García

² Marta Losada Martínez

¹ Matrona. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Vicente Soldevilla. Madrid (España)

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

² Matrona. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Sanchinarro. Madrid (España)

Fecha de recepción: 10 de junio de 2023.

Fecha de aceptación: 25 de junio de 2023.

Cómo citar este artículo:

Fernández García E, Losada Martínez M. Confusión en la interpretación de la frecuencia materna como frecuencia cardiaca fetal en un caso de muerte fetal anteparto: a propósito de un caso. *Matronas Hoy* 2023; 11(2):40-50.

Resumen

Introducción: la monitorización cardiotocográfica es el método estándar para la vigilancia del bienestar fetal utilizado en el seguimiento de embarazo, trabajo de parto y el parto. La frecuencia cardiaca fetal (FCF) tanto de las madres como de los fetos suele ser sustancialmente diferente en ausencia de patología de ambos o circunstancias adversas concomitantes con el embarazo y/o parto. No obstante, hay que incidir en que se producen ocasionalmente situaciones en las que los registros de la monitorización cardiotocográfica pueden ofrecer trazados ambiguos y engañosos, que provocan confusión entre la FCF y frecuencia cardiaca materna (FCM), lo que repercute en el manejo del parto, en caso de feto muerto anteparto, y además potencialmente puede afectar a los resultados materno-neonatales, en el caso de un feto vivo al inicio del trabajo de parto.

Objetivo: presentar un caso en el que en una monitorización fetal intraparto (externa) se malinterpretó la FCM como FCF, confirmado tras el parto por la muerte fetal con importantes signos de maceración, al objeto de minimizar el error de matronas y obstetras aumentando la conciencia de las estrategias para detectar artefactos de la FCM intraparto y adecuar su respuesta ante la sospecha de dicho artefacto.

Método: estudio de caso con soporte de bibliografía relacionada.

Resultados y conclusiones: se manejó el trabajo de parto desconociendo la muerte del feto intraútero, lo que pone en evidencia un error de diagnóstico por confusión en la interpretación cardiotocográfica del artefacto materno como frecuencia cardiaca fetal, aunque de conocerse este error al inicio del parto no hubiera cambiado el manejo clínico, pero sí el acompañamiento a la pareja. Es imprescindible la actualización en cardiotocografía de los asistentes al parto poniendo énfasis en circunstancias que, como esta confusión, se producen y requieren soluciones acordes

Palabras clave: frecuencia cardiaca fetal; frecuencia cardiaca materna; CTG; artefacto materno; ambigüedad de señal; error interpretación; matrona; obstetra; hipoxia fetal; muerte fetal.

Abstract

Confusion in the interpretation of maternal frequency with foetal cardiac frequency in a case of foetal death before delivery: regarding a case

Introduction: cardiotocographic monitoring is the standard method to watch foetal wellbeing used in the follow-up for pregnancy, labor and delivery. Foetal cardiac frequency (FCF) is usually significantly different for mothers and fetuses, when there is lack of disease in both or adverse circumstances concomitant with pregnancy and/or delivery. However, it must be pointed out that there are occasional situations where the cardiotocographic monitoring records can show ambiguous and misleading tracings, which lead to confusion between FCF and maternal cardiac frequency (MCF). This has impact on delivery management, in case of a foetus dead before labor; and it can also potentially affect maternal-newborn results, in case of a live foetus at the start of labor.

Objective: to present a case where in foetal monitoring during labour (external), FCM was wrongly interpreted as FCF, confirmed after delivery due to foetal death with major maceration signs. The objective is to minimize errors by midwives and obstetricians, increasing the awareness of strategies to detect maternal cardiac frequency artefacts during labour and adapt their response when said artefact is suspected.

Method: a case study supported by related bibliography.

Results and conclusions: labor was managed without knowledge of the death of the foetus within the uterus, which shows a diagnostic error due to confusion in the cardiotocographic interpretation of maternal artefact with foetal cardiac frequency. However, if this error had been known at labor initiation, there would have been no changes in clinical management, but in support for the couple. Updating all assistants to labor regarding cardiotocography is essential, emphasizing circumstances such as this confusion, which occur and require adequate solutions.

Key words: foetal cardiac frequency; maternal cardiac frequency; CTG; maternal artefact; signal ambiguity; interpretation error; midwife; obstetrician; foetal hypoxia; foetal death.

Recuerdo histórico de la auscultación obstétrica

La práctica certeza actual, salvo errores en el diagnóstico de confirmación de existencia de latido fetal, ha sido el resultado de muchas innovaciones en el desarrollo del conocimiento científico y la tecnología aplicados a la práctica asistencial obstétrica.

Poco más de 200 años nos separan de una realidad abrumadora para los asistentes a las gestaciones y los partos, por aquella época mayoritariamente matronas con unos parteros recién introducidos en esta área asistencial, como la del desconocimiento de si un feto intraútero, en cualquier momento de la gestación/parto, estaba vivo o muerto, una cuestión hoy crucial, que paradójicamente ocupó solo un lugar limitado en los inicios de su descubrimiento.

Sin entrar en detalles, fue el descubrimiento de Laeenek, sobre la auscultación pulmonar en 1818, el que abrió las puertas a la auscultación obstétrica (Lejeume Kergaredec) para evitar el hándicap de desconocer si un feto intarútero vivía o no, salvo por las percepciones afirmativas de la madre sobre los movimientos del feto que estaba gestando. Así se pasó del desconocimiento al conocimiento de la vida fetal intrauterina, a través de la aplicación de la oreja directamente sobre el vientre de la madre primeramente y al uso del estetoscopio obstétrico en sus variadísimas versiones como aplicación del conocimiento adquirido sobre la circulación fetal después. Incluso la radiología también ha ofrecido aportes para la valoración de la condición de feto muerto intraútero.

En el siglo XX, con el reforzamiento de la electrónica, se produjo un avance sustancial para detectar el bienestar del feto intaútero: la cardiotocografía fetal (1961), que consigue obtener un registro continuo y simultáneo de la actividad contráctil del útero y la frecuencia cardiaca fetal (FCF), permite detectar signos precoces de hipoxia fetal, esto es, identificar a los fetos en riesgo, o potencialmente en riesgo, debido a insuficiencia de oxígeno.

Caldeyro Barcia logró medir con precisión la onda contráctil del útero y confirmó que la contracción determinaba el ritmo y la FCF, pudiendo demostrar, por ende, la falsedad de muchos de los conceptos universales aceptados hasta entonces al respecto.

Entre 1950 y 1960 tres equipos, el de Caldeyro Barcia y Hermógenes Álvarez en Uruguay, Hon en EE.UU. y Hammancher en Alemania, desarrollaron de forma independiente componentes y principios básicos para conseguir la monitorización electrónica de forma continua de la FCF y el registro de actividad uterina simultáneamente (electro-cardiotocografía).

El primer monitor comercial data de 1967, instrumento que se integró con entusiasmo y rapidez en la práctica

obstétrica, integración que se produjo desigualmente en todo el mundo, y sobra decir que su implantación empezó en los países con más disponibilidad económica. Aún, hoy por hoy, con el continuo estudio de los patrones de monitorización, hay cuestiones dudosas en torno a la monitorización fetal que siguen sin resolverse. Los fabricantes de monitores han incorporado significativas mejoras al diseño de los aparatos que continúan siendo imprescindibles en la asistencia obstétrica y a pesar de algunos fallos, de momento, es el mejor aliado para el control del bienestar fetal.

Consideraciones previas

En este artículo desafortunadamente no se han podido usar los registros cardiotocográficos reales, ya que hay un proceso judicial en curso y, por otra parte, la prohibición expresa del hospital de permitir su utilización mientras no finalice el procedimiento abierto, aun cuando los autores han garantizado que su uso es con fines exclusivamente didácticos.

En este artículo se plasma una narración pormenorizada del caso vivido aportando datos reales de todo el proceso de parto y autopsia, salvo los datos personales, que deliberadamente son ficticios, para preservar el anonimato de la parturienta y la confidencialidad del caso.

La imposibilidad de utilizar el material gráfico real, en un principio desanimó a finalizar esta publicación; posteriormente se pensó en buscar gráficas de otros autores, pero resultaba complejo conseguir las autorizaciones para su publicación, por lo que en sustitución se barajó la posibilidad de incluir links a otras publicaciones para evitar el problema apuntado. Sin embargo, no se encontraron gráficas con tal grado de similitud a las reales, por la perfección de su trazado con una apariencia de normalidad absoluta, sobre las que gravitó la única sospecha de la persistencia de una línea basal de FCF levemente baja.

A pesar de las vacilaciones se retoma el interés en la publicación de este caso por la importancia de transmitir una experiencia de la que ningún asistente al parto está libre de vivir, recordando que un error en la interpretación de los registros cardiotocográficos puede tener resultados fatales adversos o como en este caso, que, sin afectar al resultado neonatal, un grave error de inicio en el diagnóstico de vida del feto frustraron las expectativas de la pareja de tener un hijo sano y han puesto en tela de juicio toda la asistencia y a los asistentes de este parto.

Se espera algún día obtener consentimientos para publicar esa valiosa información que, modestamente, se sumará a la bibliografía relacionada.

Objetivo

- Contribuir con la exposición de este caso a llamar la atención sobre la posibilidad de que en la práctica diaria de matronas y obstetras, tal como participaron en este caso, puede presentarse esta situación que por infrecuente, no es excepcional.
- Minimizar el error de matronas y obstetras aumentando la alerta sobre las estrategias para detectar artefactos de la frecuencia cardiaca materna (FCM) intraparto y adecuar su respuesta ante la sospecha dicho artefacto.

Método

Estudio y análisis de caso con soporte de bibliografía relacionada.

Un peligro potencial con la cardiotocografía fetal

Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el parto (incluso en el embarazo), están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas.

En la unidad de trabajo de parto, brindar una atención excelente a las mujeres significa atender de cerca tanto a la madre como a su hija/o antes, durante el nacimiento y en el posparto inmediato. Ambos necesitan una atención cercana y profesionalmente especializada, lo que implica que los profesionales encargados de su asistencia (matronas y obstetras) obtengan al minuto datos suficientes, con los medios disponibles, del estado materno-fetal que les permitan tomar decisiones acertadas, acordes con las situaciones clínicas individualizadas de cada binomio materno-fetal en el contexto del propio ocurrir de su parto y nacimiento, respectivamente.

Desde tiempos remotos se dice en Obstetricia, refiriéndose al nacimiento del feto, que "es el viaje más corto, pero más complicado". Y en efecto porque la distancia de este viaje es tan corta como los centímetros que separan el estrecho superior de la salida vaginal, pero además de la dificultad del feto para efectuar los siete movimientos cardinales que la evolución humana determinó para solucionar la contención fetal al transformarnos en bípedos, se le añaden potenciales accidentes que pueden exponer al feto al riesgo de una hipoxia, con resultados fatales e irreversibles para él, que oscilan desde la discapacidad leve a la severa e irreversible, e incluso la muerte.

El feto, ese paciente "escondido" dentro del útero, especialmente vulnerable, tanto más en el momento del parto, requiere que la atención y conocimiento de los asistentes obstétricos (matronas y obstetras) sean máximos para la

identificación de aquel que pueda estar en riesgo o potencialmente en riesgo de hipoxia, y evitarla o disminuirla a fin de prevenir lesión cerebral fetal o la muerte.

La cardiotocografía (CTG) es el método electrónico estándar de registro simultáneo de la FCF, los movimientos fetales y las contracciones uterinas como método para evaluar el bienestar fetal y su objetivo es identificar el/los feto/s que pueden estar en riesgo de hipoxia, para guiar las actuaciones profesionales hacia la mejora del bienestar fetal y la determinación de la vía de parto más adecuada al tiempo y circunstancia clínica en que se halle. Sin embargo, este método de control, como todos los sistemas, no es infalible y, a pesar de que los fabricantes cada vez incorporan más sistemas que facilitan la seguridad del control ofrecido, se producen ocasionalmente situaciones en las que los registros de la monitorización cardiotocográfica pueden ofrecer trazados ambiguos y engañosos en los que se confunde la FCF y FCM, tanto más en las gestaciones múltiples, que el problema se multiplica por dos.

Un peligro potencial en la cardiotocografía es el artefacto o ambigüedad de señal. Hay dos clases principales de artefactos CTG: artefactos de FCM y artefactos de FCF. El artefacto de la FCM (MHRA, por sus siglas en inglés) ocurre cuando la FCM se captura como entrada y el monitor CTG la emite erróneamente como la FCF.

El presente artículo abordará exclusivamente el artefacto de la FCM que, consecuente con la definición dada, es un error de procesamiento de la señal en el que la FCF queda enmascarada por el pulso materno, lo que puede generar peligro al no reconocer una FCF anormal y puede conducir a ignorar una muerte fetal preexistente¹ (como en este caso), a resultados perinatales adversos (encefalopatía hipóxico-ischémica, muerte fetal y muerte neonatal) y resultados maternos adversos (parto por cesárea innecesario o parto vaginal operatorio)².

Distinguir las FCM y FCF es clave para tomar las decisiones adecuadas y asegurar buenos resultados y como bien sabemos, normalmente, las frecuencias cardiacas de los fetos y madres son diferentes y se distingue en el trazo del RCTG (siempre que la opción dual FCF/FCM de registro exista). Sin embargo, influyen factores que pueden dar lugar a no distinguir adecuadamente entre ambas, como sepsis materna, posición del bebé, anomalías en frecuencias cardiacas, etc.³.

Indidencia

Es muy difícil estimar la incidencia de artefacto de la FCM, pero para dar una aproximación se ha hecho una búsqueda bibliográfica con resultados diversos: cinco casos por 10.000 partos, con resultados fetales adversos inesperados atribuibles a esta ambigüedad de la señal⁴.

Más recientemente el equipo australiano de Paquette et al.⁵ evaluaron 1.313 trazados con visualizaciones simultáneas de MHR y FHR en trabajo de parto. MHRA estuvo presente al menos una vez en 721 trazados (55%). De estos trazados, 35 se clasificaron con uno o más episodios que podrían haber conducido a un resultado adverso (ya sea falso positivo o falso negativo), lo que da una incidencia del 2,7% de todas las mujeres en trabajo de parto.

Un informe de 2017 del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido⁶ revisó cinco años de reclamaciones médico-legales de parálisis cerebral, confirma que hubo 32 reclamaciones (64%) que involucraron errores en la monitorización de la FCF. El 91% de esos (29 reclamaciones) involucraron un cardiotocógrafo.

Los revisores de este informe afirmaban que "tratar de clasificar lo que salió mal en categorías únicas mutuamente excluyentes es difícil, ya que los errores a menudo son multifactoriales; sin embargo, explican los problemas comunes identificados al revisar las 29 reclamaciones, en esta tabla que elaboraron y dado su interés presentamos (Tabla 1). Los errores con la monitorización de la FCF fueron el tema más común. Se confirma un artefacto de la frecuencia materna en la muestra estimada (con resultados fetales de parálisis cerebral) del más del 6% de entre las 29 reclamaciones admitidas, entre 2012-2016.

Un estudio en EE.UU. identificó 47 casos de mortalidad perinatal entre 2009 y 2019 por confusión de frecuencia cardiaca materna con fetal. Hubo 14 casos con muerte fetal anteparto antes del inicio de RCTG, 14 con muerte fetal intraparto y 19 en los que no se puede establecer en la autopsia si hubo muerte antes o después del inicio del RCTG².

Presentación del caso clínico

Gestante secundípara de 38+4 semanas que acude por dinámica uterina irregular al servicio de Urgencias de Maternidad a las 20:41 horas.

Datos clínicos

- Antecedentes personales sin interés.

- No intervenciones quirúrgicas.
- No alergias medicamentosas.
- Tratamiento médico habitual: ácido fólico.
- G2P1. Parto anterior en 2020. Parto eutócico a las 40 semanas de gestación. Nace varón vivo de 3.400 g, niño sano en la actualidad, desgarro de I grado sin incidencias.
- Grupo sanguíneo O+.
- Embarazo actual que cursa de bajo riesgo. Exudado-vagino rectal negativo.
- Ecografía del tercer trimestre percentil 25, eco-doppler normal, presentación cefálica, placenta normoinserta, líquido amniótico normal.

Valoración clínica

- Tensión arterial (TA) 120/60 mm/hg.
- Frecuencia cardiaca materna 105 lpm.
- Temperatura 35,7 °C.
- Abdomen blando, acorde, no hipertonia uterina.
- Contracciones irregulares 1-2 en 10 minutos de intensidad moderada a la palpación.
- Genitales externos de aspecto normal.
- Especuloscopia realizada por ginecólogo de guardia: cérvix abierto, con salida de tapón mucoso y vagina normal. No salida de líquido a través de OCE.

Pruebas complementarias

- Se realiza prueba rápida de detección de rotura de bolsa "Amnioquick": débil positivo.
- Tacto vaginal: cérvix 4 cm, borrado, SES, presentación cefálica y se tacta polo de bolsa.
- Se realiza RCTG (clasificación NICE 2014)-Tranquilizador. FCF basal de 110 lpm, variabilidad normal, no desaceleraciones. DU irregular.

Tabla 1. Errores detectados

Errores detectados en uso de CTG	Nº
CTG malinterpretado	11
CTG no se inició cuando debería haber sido	8
Falso consuelo con un rastro ininterpretable	5
Demasiado lento para actuar una vez que el CTG se identificó como patológico	3
Monitoreo de FC materna	2

Diagnóstico

Parto en curso.

Manejo del parto

A su llegada a la urgencia obstétrica de la clínica, 20:41 h, se le realiza RCTG (clasificación NICE 2014) –Tranquilizador. FCF basal de 110 lpm, variabilidad normal, no desaceleraciones, aceleraciones presentes. DU irregular de mediana intensidad.

Sin embargo, la matrona que la atiende en primera instancia, con cierta prevención ante la línea basal moderadamente baja (110 lpm) y queriendo descartar que fuera un registro de frecuencia materna, dado que el cardiocógrafa utilizado no disponía de monitorización dual de la FCF y FCM, (modelo Philips Avalon FM 30 conectado al sistema IntelliSpace Perinatal, de vigilancia obstétrica) sigue las recomendaciones al respecto para diferenciar las frecuencias cardíacas: primero palpación el pulso radial materno (95 lpm)⁷ seguida de colocación de pulsiómetro materno^{8,9} que registra una FCM 95–110 lpm, saturación materna 98%, frecuencia respiratoria materna 16, temperatura 35,8 °C, TA 100/60 mmHg.

La misma matrona decide llevar a cabo medidas de estimulación fetal para intentar elevar la FCF si el feto estuviera en los mejores escenarios posibles: estar registrando un ciclo de sueño fetal, algo normal a sabiendas que los fetos sanos alternan episodios de sueño activo y tranquilo, generalmente de una a tres veces por hora a término sin que se conozca qué despierta a un feto de un sueño tranquilo, aunque las probabilidades apuntan a una activación simpática que puede ser fisiológica o provocada por un estrés agudo¹⁰.

Además, las características distintivas del sueño activo engloban un grupo de características que incluyen aceleraciones, movimientos fetales y episodios de alta variación de FCF que pueden usarse como un indicador principal del bienestar fetal¹¹. Por el contrario, el sueño tranquilo se asocia con episodios aprox. de 20 minutos, en los que el feto humano comúnmente muestra periodos de actividad reducida baja variabilidad de la FCF y disminución de los movimientos fetales¹² que pueden confundirse con compromiso fetal¹³.

La otra posibilidad que barajó la matrona fue estimular el movimiento fetal y la reactividad fetal mediante la administración de azúcar, práctica muy utilizada y de buenos resultados en el área obstétrica, igualmente informada positivamente por algunos autores; el trabajo más reciente sobre el particular, comunica que las mujeres gestantes informaron comúnmente que el aumento de la actividad fetal estaba asociado con las comidas¹⁴ aunque la única revisión Cochrane concluya en que no hay suficientes evidencias al respecto¹⁵.

En este caso, las características del trazado observadas no eran las típicas descritas de un sueño tranquilo, o un periodo largo de ayuno materno, a pesar de lo cual y ante la inocuidad de la medida, decidió intentar la estimulación fetal para lo procedió a canalizar una vía venosa periférica y perfundir 500 ml de suero glucosado al 5% a la vez que se colocó a la mujer gestante en decúbito lateral izquierdo.

A la vista de que incluso tras realizar las medidas anteriormente descritas la gráfica no había variado manteniendo la misma línea basal, motivo que hacía persistir la intranquilidad de la matrona, esta deriva el caso a la obstetra de urgencias la que indica ingreso en paritorio tras realizar *in situ* una ecografía abdominal que informa: p. cefálica, latido cardíaco y movimientos fetales positivos, placenta normoinserta, Oligoamnios.

Se realiza toma de muestra de PCR COVID-19 (que es negativa).

Evolución y seguimiento del caso

20,41 horas. Atención en urgencias

21:52 horas. La paciente ingresa en paritorio, se coloca monitor que continúa RCTG (clasificación NICE 2014)–tranquilizador. FCF basal de 115 lpm, variabilidad normal, no desaceleraciones, aceleraciones presentes. DU regular. FC materna 100 lpm a través de pulsiómetro y toma manual.

El obstetra de guardia decide realizar a la mujer gestante una exploración vaginal: cérvix borrado, dilatación 4 cm, presentación cefálica, plano SES, membranas íntegras. Seguidamente opta por realizar una amniorrexia artificial de membranas tras la que se aprecia meconio+++ , de color marrón.

Este hallazgo implica una alerta en el contexto de la atención, porque a pesar de que persista la confusión sobre la pato-fisiología de la liberación del meconio, sin aclarar aún las teorías que incluyen hipoxia aguda o crónica, maduración fetal fisiológica e infección periparto, autores como Monen et al.¹⁶ sugieren que el líquido amniótico teñido de meconio debe considerarse como un síntoma más que como un síndrome que se vuelve más prevalente a medida que aumenta el término y que podría estar asociado con niveles más altos de infección o asfixia. Estos mismos autores afirman que la asociación más común encontrada de liberación de meconio es con el término de gestación, circunstancia que no se daba en este caso (SG 38) (tampoco había signos de infección materna); sin embargo, el meconio espeso se asocia con tasas más altas de trazados cardíacos anormales¹⁷.

El obstetra decide iniciar un manejo activo del parto indicando una estimulación mediante perfusión oxitócica

conjuntamente con la administración IV de 2 x 20 mg de butilescolamina bromuro (Buscapina®), prescripción frecuente esta del uso de antiespasmódicos cuando se administran durante el trabajo de parto de forma preventiva o como estrategia de tratamiento, por su acción de favorecer el crecimiento de la dilatación cervical¹⁸.

FCF basal de 115 lpm, variabilidad normal, no desaceleraciones, aceleraciones presentes. DU regular.

22:47 horas. RCTG- Poco tranquilizador. FCF basal de 120-125 lpm, variabilidad normal, no desaceleraciones, aceleraciones presentes. DU irregular. FC materna 105-110 lpm a través de pulsioxímetro y toma manual. La paciente refiere dolor con las contracciones, pero rechaza la analgesia epidural.

23:03 horas. La paciente refiere deseo de pujo y solicita analgesia epidural, por lo que se avisa al anestesista.

23:08 horas. Acude el anestesista al requerimiento, pero ante los pujos continuos de la mujer, la matrona decide realizar una exploración vaginal: cérvix 10 cm, borrado, centrado, presentación en 4º plano de Hogde, p. cefálica, líquido amniótico color marrón. Se traslada a paritorio a la mujer.

RCTG (clasificación NICE 2014)- FCF basal de 140 lpm, variabilidad normal, no desaceleraciones, aceleraciones presentes. DU regular.

23:12 horas. Se avisa al Servicio de Pediatría de guardia ante parto inminente con líquido meconial +++ e igualmente y a la vez al obstetra de paritorio advirtiéndole de la características intranquilizadoras del líquido meconial.

23:17 horas. Nace recién nacido con hipotonía severa, que al colocarse piel con piel unos segundos y percibir su mal estado se decide cortar el cordón de forma inmediata (no hay latido en cordón umbilical) y pasa a ser reanimado por el equipo de Pediatría. Reanimación tipo IV.

Se realiza alumbramiento dirigido.

23:20 horas. Se envía toma de sangre de cordón umbilical al laboratorio para la determinación de PH, que se realiza de manera sistemática en todos los partos, puesto que el análisis del estado ácido-básico de sangre de cordón umbilical sigue siendo un criterio objetivo usado para determinar el estado metabólico del feto en el parto.

PH < 6,80 (el laboratorio llama a Pediatría informando de que cuando los valores son muy bajos, el Ph- metro no los puede cuantificar y se da ese resultado).

Ácido láctico 17.

Apgar 0/0/0.

En este espacio de tiempo se produce el alumbramiento de la placenta.

23:50 horas. Tras 30'aprox. de reanimación tipo IV, el equipo de Pediatría la da por finalizada confirmando la muerte fetal.

Revisión de feto:

- Peso de feto 2.160 g, perímetro cefálico de 34 cm, talla 49 cm.
- Signos de maceración en miembros superiores e inferiores, mentón, tórax, abdomen y espalda.
- Marcada hipotonía en miembros superiores e inferiores.
- Coloración marrón verdosa en toda la superficie corporal.

Revisión de la placenta:

- Placenta y membranas completas.
- Cordón de inserción central de longitud y grosor normal (3 vasos: 2 arterias y 1 vena).
- Cotiledones de aspecto normal.
- Placenta y cordón de color marrón- verdoso.

Resultados de la autopsia

Para precisar la etiología de la muerte fetal es necesario un estudio anatómopatológico de la placenta y del feto, preferentemente relacionado con los antecedentes maternos clínicos y de laboratorio con los hallazgos histopatológicos que ayudan a conocer el origen del óbito fetal, aunque en este caso la historia materna y la situación clínica al ingreso fueron normales. La autopsia de este feto ha sido totalmente esclarecedora.

Un mes más tarde, en el informe de la autopsia se lee:

Descripción macroscópica

- Feto fenotipo externo masculino con datos antropométricos, aspecto, desarrollo y madurez de los órganos acorde con las 38+4 semanas de gestación.

Datos más relevantes de este examen:

- Piel pálida/rosada, desprendimiento cutáneo de aproximadamente un 40% de toda la superficie corporal. Se observa en mentón, tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores, espalda y genitales.
- La cabeza no está descolgada pero hay flacidez de las suturas con cabalgamiento fácil a la manipulación.
- Cara sin anomalías de configuración con boca violácea entreabierta.
- Ojos en órbitas con conjuntiva ocular marronácea en ambos, de aspecto desvitalizado y que impresiona desprendida.

- Pérdida generalizada de la tonicidad que cursa con disposición anómala secundaria de las extremidades.
- Dedos en manos y pies, con uñas violáceas, tanto en las extremidades proximales como distales.

Datos relevantes del examen interno

- A la apertura toraco-abdominal hay colección de escaso líquido serosanguinolento en cavidades pleurales y en cavidad peritoneal. Órganos de consistencia friable.
- Tubo digestivo: sin anormalidades de configuración y desarrollo con revestimiento epitelial casi totalmente desprendido y pérdida de la basofilia nuclear en el 100% de la pared en los segmentos más superiores y preservada parcialmente en los más inferiores. ID: desarrollo acorde con 38 semanas con datos de autólisis evolucionada.
- Hígado, bazo, riñones, adrenales: desarrollo acorde con las 38 semanas con datos de autólisis evolucionada.
- Sistema nervioso: espongirosis moderada del neuropilo con distensión de los espacios de Virchow Robbins y congestión vascular. Resto normal.
- Sección de cordón umbilical en su extremo de inserción abdominal que muestra por una extensión mayor a 1 cm. Degeneración fibrosa de la gelatina de Wharton con diámetro algo menor de 0,8 cm y vasos umbilicales exangües. ID: Estrechez segmentaria del cordón umbilical en su extremo de inserción en la pared abdominal fetal asociado a degeneración fibrosa de la gelatina de Wharton.

Placenta del tercer trimestre con vellosidades predominantemente pequeñas con nudos sincitiales y ocasionales micro calcificaciones. Se identifican focos de hipervascularización vellositaria (más de 10 capilares en 10 vellosidades terminales) y congestión vascular que alternan con vasos fetales vellositarios con cambios de cariorrexis, tabicación y obliteración fibrosa completa. Tendencia al colapso vellositario con zonas de hemorragia intravellositaria. Membranas con epitelio amniótico con cambio columnar y vascularización citoplasmática sin inflamación.

Cordón umbilical trivascular con dilatación ectásica con tendencia a la organización de fibroma en la vena fetal. ID: placenta acorde al tercer trimestre con cambios involutivos de la vasculatura fetal y zonas de corangiosis, membranas placentarias con cambios degenerativos/reactivos del epitelio amniótico morfológicamente encuadrables, en origen meconial sin inflamación. Cordón trivascular con ectasia venosa marcada y organización incipiente de la fibrina.

Diagnóstico

1. Feto masculino con datos antropométricos, aspecto, desarrollo y madurez de los órganos y sistemas consis-

tentes con 38 semanas de desarrollo. No hay malformaciones. Datos de hipoxia aguda y de anomalía congénita segmentaria del cordón umbilical por estrechez en el extremo de inserción del cordón umbilical en el abdomen fetal.

2. Placenta acorde con desarrollo en el tercer trimestre, cambios involutivos de la vasculatura fetal y zonas de corangiosis. Membranas placentarias con cambios degenerativos/reactivos del epitelio amniótico morfológicamente encuadrables en origen meconial, sin inflamación. Cordón umbilical trivascular con ectasia venosa y organización de fibrina incipiente.

Interpretación de los resultados

La interpretación de los hallazgos morfológicos requiere de una estricta correlación con los datos clínicos previos y los ocurridos durante la evacuación del producto; no obstante, la morfología aislada refleja al menos un incremento a la resistencia al flujo circulatorio del cordón umbilical (con estasis y tendencia a la trombosis incipiente venosa) probablemente condicionantes de falla cardiaca fetal secundaria y de los cambios del parénquima placentario descritos.

Causa de la muerte: atribuible a la anomalía segmentaria del cordón umbilical.

Nota importante: desde la llegada de la mujer a la clínica con inicio de parto activo hasta el nacimiento no ha superado las cuatro horas. Es importante este lapso de tiempo para contrastar con los resultados de la autopsia.

Discusión

- El resultado de la autopsia aporta datos concluyentes de la causa de la muerte; de los que además se puede inferir que el óbito fue una muerte fetal anteparto producida horas antes del inicio del parto.
- Respecto al tiempo estimado en el que se pudo producir el óbito, que el laboratorio de anatomía patológica no ha precisado, se ha recurrido a bibliografía para apuntar una estimación, encontrando que en ella se relata que los primeros cambios *post mortem* incluyen el ablandamiento de los tejidos corporales y la pérdida de músculo y tono de la piel. La evidencia más definitiva de la muerte fetal intrauterina es la presencia de maceración^{19,20} (tal como el feto de estudio presentaba); contando con el ambiente líquido usualmente aséptico y temperatura del útero > 37 grados en el que se encuentran mayoritariamente los fetos, los primeros cambios se ven en la piel transcurridas al menos seis horas después de la muerte in útero^{21,22}, la llamada descamación que corresponde con el deslizamiento de la epidermis que deja expuesto el tono rojizo de la dermis, e implica la mayor parte de la

superficie corporal a las 24–36 horas^{19,21,22}; además esto, sumado a los cambios producidos por la lisis en los órganos y estructuras, la tinción meconial de placenta y membranas etc., como se especifica en el informe, ratifica la muerte anteparto, probablemente anterior incluso al día de del parto.

- El líquido meconial era una tinción primaria¹⁶, puesto que no se produjo a lo largo del desarrollo del trabajo de parto sino antes y su coloración y densidad, fue motivo de atención por parte de los asistentes siendo confirmada su relación con una hipoxia aguda por la autopsia.
- De la autopsia también se desprende que se cometió un error humano en la práctica clínica al realizar la ecografía en urgencias, ya que el feto ya estaría muerto y no vivo (latido fetal positivo) como se certificó. Desde la llegada de la mujer a la clínica con inicio de parto activo, hasta el nacimiento fetal no pasaron cuatro horas, tiempo en el que es imposible (en condiciones intrauterinas normales) que se produzca la degradación fetal descrita en la autopsia.
- El error diagnóstico de la ecografía inicial contribuyó a que matronas y obstetras que atendieron el parto mantuvieran la confusión entre la FCF y la originada por el artefacto materno durante todo el proceso del parto y nacimiento. Esto esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia de los errores humanos y mitigar estas consecuencias de estos errores en sanidad. Dentro de la complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud destaca que, en la situación actual, la seguridad del paciente es uno de los nuevos desafíos que se deben afrontar en el entrenamiento de los profesionales sanitarios tanto pregrado como en el posgrado²³.
- Debido a que la tecnología de monitorización fetal no puede detectar una diferencia entre una fuente de señal fetal y materna, el usuario del monitor fetal es responsable de confirmar la vida fetal antes de usar el monitor y luego continuar confirmando que el feto es la fuente de señal. La posibilidad de error existe y la identificación errónea aumenta el riesgo de daño perinatal y/o muerte²⁴.
- De haber sido conocido el diagnóstico de muerte anteparto no hubiera cambiado el manejo clínico del trabajo de parto, pero, obviamente, no se hubieran visto frustradas en el preciso momento del parto las expectativas de la pareja de tener a su hijo sano, y como consecuencia es probable que no se hubiera generado en ellos la desconfianza hacia el equipo y su práctica, cuando es cierto que en este caso nadie pudo evitar esa desgraciada muerte. Los usuarios de los servicios sanitarios tienen la expectativa de que los médicos y profesionales sanitarios que

les atienden deben tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica del 100%, pero lo cierto es que la condición humana está ligada al error y el ejercicio de la medicina y otras ciencias no es una excepción, ya que por naturaleza la ciencia es imperfecta y la perfección no es realista ni posible²⁵.

- Aunque sin demasiado tiempo para asumir la noticia dada la brevedad del proceso de parto, de haber diagnosticado la muerte ante parto, los profesionales ya prevenidos hubieran acompañado y apoyado el duelo, no hubieran defraudado la confianza de los usuarios, ni generado en ellos un cuestionamiento negativo de la praxis aplicada haciéndoles responsables de la muerte de su hijo, cuando en realidad estaba muerto antes de iniciar el proceso.
- Volviendo al caso clínico, la monitorización de la FCF sirve cómo guía de bienestar fetal, pero no solo hay que usar eso, hay que tener en cuenta otras variables (NICE 2014)²⁶. Los resultados de la monitorización de la FCF tienen que ser entendidos con respecto a la foto clínica en conjunto de madre e hijo (NICE 2022)⁹.
- La tecnología de los RCTG brinda “tranquilidad” cuando hay buenos indicadores de oxigenación fetal, como buena variabilidad y aceleraciones de la FCF²⁷. La interpretación puede dar lugar a dudas, cuando existen indicadores potenciales de un problema, como la disminución de la variabilidad de la FCF, desaceleraciones de la FCF o taquicardia materna. En estos casos es clave considerar de manera rápida y precisa la causa o causas de estos cambios e intervenir según los estándares basados en la evidencia científica: cambios de posición materna, administrar sueros intravenosos, parar oxitocina y uso de tocolíticos para reducción de la actividad uterina²⁷.
- Tal y como se recomienda fue utilizada la monitorización electrónica de la FCF para evaluar el bienestar fetal durante el trabajo de parto, aunque *a priori* este no fuera un embarazo de alto riesgo²⁸. Esta monitorización con cardiotocografía (RCTG) se basa en la tecnología de ultrasonido con la limitación de la pérdida de señal en el 15% al 40% de los casos²⁹. En las versiones anteriores de estos monitores RCTG, los trazados cardiacos fetales eran generalmente de calidad razonable con muchos artefactos y algún grado de ruido de señal grande ocasional. Los modelos posteriores se mejoraron mediante la modulación de la señal y la autocorrelación. Si bien estas nuevas metodologías de procesamiento de señales han reducido la pérdida de señal, los problemas de monitoreo involuntario de la FCM como FCF y las evaluaciones inexactas de la FCF inicial (es decir, duplicación o reducción a la mitad) continúan planteando dificultades durante la frecuencia cardiaca-

ca fetal intraparto²⁸. Sin embargo, contar con mejores medios no es siempre beneficioso puede dar lugar a "trampas", donde el monitor fetal cambie de registrar la FCF a monitorizar el pulso materno con una transición mucho más suave, continua y difícil de detectar clínicamente comparado con las pérdidas continuas de los viejos monitores¹.

- En respuesta a esta circunstancia, los fabricantes de monitores de cardiotocografía recomiendan verificar la vida fetal antes de la monitorización y han desarrollado protecciones que incluyen tecnologías de detección de ambigüedad de señal para monitorizar de forma simultánea y continua las FCM y FCF. Sin embargo, estas salvaguardas no se enfatizan en las guías de práctica clínica de cardiotocografía actuales, lo que podría generar una brecha en la seguridad del paciente. Las pautas de cardiotocografía deben actualizarse para incluir las últimas medidas de seguridad contra los riesgos de artefactos de la FCM².
- No se utilizó electrodo fetal que se clasifica como más fiable³⁰, aunque tiene un uso limitado debido a su diseño invasivo y no siempre preciso^{31,32}. En este caso hubiera estado indicado su uso una vez realizada la amniorraxis para descartar posibilidad de artefacto materno.
- Sería tema de otro trabajo el estudio de la etiología de la elevada frecuencia materna mantenida durante todo el proceso de parto y nacimiento, si fue como resultado de la degradación fetal iniciada antes del parto activo u otra circunstancia ignorada.

Implicaciones para la práctica

- En resumen, los métodos que hay en la actualidad para diferenciar entre la FCM y FMF deben usarse aisladamente o en conjunto en caso de duda: el electrodo en el cuero cabelludo fetal, el uso del pulsioxímetro materno, el ECG materno, el uso de ECG fetal abdominal (STAN) y el uso del ecógrafo al lado de la cama²⁸.

En este caso se ha puesto en conocimiento de la dirección de la clínica para que, al menos, se actualicen los monitores y dispongan de entrada dual de FCF y FCM.

- La evidencia y muchos fabricantes destacan también el uso del estetoscopio Pinard para escuchar la FCF antes de colocar el RCTG, así como la confirmación periódica de que el feto es la fuente de señal mientras se utilizan estos aparatos³³.
- La interpretación cardiotocográfica requiere conocimiento profundo de matronas y obstetras, así como constante actualización.
- Kiel et al.² apoyaban en su trabajo de 2019 que las pautas de cardiotocografía debían actualizarse para incluir las últimas medidas de seguridad contra los riesgos de artefactos de la FCM. En un trabajo posterior presentan un algoritmo de recomendaciones en sospecha de FCM y/o artefacto de frecuencia cardiaca también en gestación múltiple que sirven de recomendaciones a los profesionales para seguir en caso de dudas. Dada su utilidad, se adjunta algoritmo de resume de ellas¹ (Cuadro 1):

Cuadro 1. Algoritmo de resumen ante la sospecha de FCM artefactada y/o artefacto en gestación múltiple

Paso 1: Optimizar la calidad de la señal (trabajar en optimizar la calidad de la señal de la FCF con la FCM a la vez)
Optimizar la calidad de la FCF
Nivel 1: Si se está monitorizando con intermitente, cambiar a monitorización continua
Nivel 2: Optimizar la posición del transductor/es fetal
Nivel 3: Utilizar la ecografía en el "foco"/ punto de atención para verificar la FCF y guiar para la posición óptima de la FCF con el transductor externo.
Nivel 4: Aplicar monitorización interna fetal (preferida si no hay contraindicaciones) y/o continuar con monitorización externa fetal, pero aumentar con ecografías repetidas el "punto de atención" para asesorar la FCF
Optimizar la calidad de la FCM
Colocar pulsioxímetro y, si es posible, conectar la FCM al monitor del sistema para tener un trazado continuo junto con la FCF
Paso 2: Interpretar, planear y, si es necesario, actuar
Si las alarmas paran y la sospecha clínica de FCM se ha resuelto tras seguir los pasos anteriores: manejar como FCF óptima, pero estar atento a un posible artefacto
Si hay sospechas sobre la FCF y/o siguen las alarmas: considerar acelerar el parto, dependiendo del contexto clínico

Bibliografía

- Kiely DJ, Hobson S, Tyndall K, Oppenheimer L. Technical Update No. 429: Maternal Heart Rate Artefact During Intrapartum Fetal Health Surveillance. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [internet] 2022 [citado 12 jun 2023]; 44(9):1016-1027.e. Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(22\)00419-4/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(22)00419-4/fulltext)
- Kiely DJ, Oppenheimer LW, Dornan JC. Unrecognized maternal heart rate artefact in cases of perinatal mortality reported to the United States Food and Drug Administration from 2009 to 2019: a critical patient safety issue. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet] 2019 [citado 12 jul 2023]; 19:1-10. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2660-5>
- Michelle L, Murray ML, Huelsmann G, Koperski N. *Essentials of fetal and uterine monitoring*. Springer Publishing Company. 2018.
- Neilson DR Jr, Freeman RK, Mangan S. Signal ambiguity resulting in unexpected outcome with external fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol*[internet] 2008 [citado 12 jul 2023]; 198(6):717-24. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00192-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00192-0/fulltext)
- Paquette S. The Incidence of Maternal Artefact During Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring. *J Obstet Gynaecol Can* [internet] 2014 [citado 12 jul 2023]; 36(11):962-8. Disponible en: <https://www.jogc.com/action/showPdf?pii=S1701-2163%2815%2930408-4>
- Magro M BSc (Hons) MBBS MRCOG, Darzi Fellow. Five years of cerebral palsy claims. NHS [internet] 2017 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/Five-years-of-cerebral-palsy-claims_A-thematic-review-of-NHS-Resolution-data.pdf
- Simpson KR. Avoiding confusion of maternal heart rate with fetal heart rate during labor. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* [internet] 2011 [citado 12 jul 2023]; 36(4):272.
- Suzuki S, Sensu Y, Ueda. M. Maternal heart rate mistaken for the fetal heart rate during delivery. *Journal of Clinical Gynecology and Obstetrics* [internet] 2016 [citado 12 jul 2023]; 5(2):74-6. Disponible en: <https://www.jcgo.org/index.php/jcgo/article/view/406/251>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2022: Fetal monitoring in labour. NICE [internet] [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229/resources/fetal-monitoring-in-labour-pdf-66143844065221>
- Horne RSC, Duncan JR, Byard RW. Autonomic cardiorespiratory physiology and arousal of the fetus and infant. *Cap. 22SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future* [internet]. Adelaide, Australia: University of Adelaide Press; 2018 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513398/>
- Nijhuis JG, Prechtl HF, Martin CBJr, Bots RS. Are there behavioural states in the human fetus? *Early Hum Dev* 1982; 6(2):177-95. Doi: [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(82\)90106-2](https://doi.org/10.1016/0378-3782(82)90106-2)
- Hull AD, Moore TR. Factor Influencing the Nonstress Test Result. 8th ed. En: *Avery's Diseases of the Newborn 2005*. Cap.13. Pages 127-38.
- Jones GD, Cooke W, Vatish M, Redman C. Computerized Analysis of Antepartum Cardiotocography: A Review. *Maternal-Fetal Medicine* [internet] 2022 [citado 12 jul 2023]; 4. Disponible en: <https://mednexus.org/doi/full/10.1097/FM9.000000000000141#body-ref-R5>
- Bradford B, Maude R. Fetal response to maternal hunger and satiation – novel finding from a qualitative descriptive study of maternal perception of fetal movements. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet] 2014 [citado 12 jul 2023]; 14:288. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-288>
- Tan KH, Sabapathy A. Maternal glucose administration for facilitating tests of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* [internet] 2012 [citado 12 jul 2023]; 9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22972062/>
- Monen L, Hasaart TH. The aetiology of meconium-stained amniotic fluid: Pathologic hypoxia or physiologic foetal ripening? (Review). *Early Human Development* [internet] 2014 [citado 12 jul 2023]; 90(7):325-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037837821400084X?via%3Dihub>
- Gallo DM, Romero R, Bosco M, Gotsch F, Jaiman S, Jung E, et al. Meconium-stained amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol*. [internet] 2023 [citado 12 jul 2023]; 228 (5):Supplement. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937822021718#fig4>
- Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [internet] 2013 [citado 12 jul 2023]; Issue 6 Art. No.: CD009243. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009243.pub3/full/es>
- Spitz WE, Díaz FJ. Spitz y Fisher. Investigación médico-legal de la muerte: Guía para la aplicación de la patología a la investigación criminal. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
- Finkbeiner MD, Walter E, Davis MD, Richard L, Ursell MD, Philip C. *Autopsy Pathology: A Manual and Atlas*. Editorial Saunders Edición 2; 2009.
- Olaya M, Galvis SH, Giraldo GA, Rojas JA, Rodríguez JL, Franco JA. Enfoque de las gestaciones múltiples de diagnóstico

- difícil durante la autopsia perinatal. *Rev Cienc Salud*. 2017; 15(3):357-71. Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6120>
22. Hospital Virgen de las Nieves. Protocolos asistenciales. Muerte fetal [internet]. Junta de Andalucía 2023 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf
 23. Ruedinger E, Olson M, Yee J, Borman-Shoap E, Olson AP. J. Education for the Next Frontier in Patient Safety: A Longitudinal Resident Curriculum on Diagnostic Error. *American Journal of Medical Quality* [internet] 2017 [citado 12 jul 2023]; 32(6):625-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27903769/>
 24. Murray ML. Maternal or fetal heart rate? Avoiding intrapartum misidentification. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [internet] 2004 [citado 12 jul 2023]; 33(1):93-104. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515341484>
 25. Romero MP, González RB, Calvo MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica* [internet] 2019 [citado 12 jul 2023]; 20:169-74. Disponible en: <https://medes.com/publication/143375>
 26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Guideline on intrapartum care for healthy women and babies (CG190; published in 2014 and updated in 2017). NICE [internet] 2014 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
 27. Chandrachan E. *Handbook of CTG interpretation: from patterns to physiology*. Cambridge University Press; 2017.
 28. Saeed F, Abey Suriya S, Chandrachan E. Erroneous Recording of Maternal Heart Rate as Fetal Heart Rate During Second Stage of Labour: Isn't it Time to Stop this? *J Biomed Res Environ Sci*. [internet] 2021 [citado 12 jul 2023]; 2(5):315-9. Disponible en: <https://www.jelsciences.com/articles/jbres1233.pdf>
 29. Spencer JAD, Belcher R, Dawes GS. The influence of signal loss on the comparison between computer analyses of the fetal heart rate in labour using pulsed Doppler ultrasound (with autocorrelation) and simultaneous scalp electrocardiogram. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [internet] 1987 [citado 12 jul 2023]; 25(1):29-34. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/0028-2243\(87\)90089-X/pdf](https://www.ejog.org/article/0028-2243(87)90089-X/pdf)
 30. Cohen WR, Ommani S, Hassan S. Accuracy and reliability of fetal heart rate monitoring using maternal abdominal surface electrodes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [internet] 2012 [citado 12 jul 2023]; 91(11):1306-13. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.2012.01533.x>
 31. Bedoya C, Gaitan N. Ritmo cardíaco materno imitando el ritmo cardíaco fetal en un caso de muerte fetal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [internet] 2003 [citado 12 jul 2023]; 46(11):520-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-ritmo-cardiaco-materno-imitando-el-S0304501303759421>
 32. Hayes-Gill BR, Martin TR, Liu C, Cohen WR. Relative accuracy of computerized intrapartum fetal heart rate pattern recognition by ultrasound and abdominal electrocardiogram detection. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [internet] 2020 [citado 12 jul 2023]; 99(3):413-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31792930/>
 33. Bhogal K, Reinhard J. Maternal and fetal heart rate confusion during labour. *Br J Midwifery* [internet] 2010 [citado 12 jul 2023]; 18(7):424-8. Disponible en: http://www.beijingyes.com/download/Holter_9_Maternal_and_fetal_heart_rate_confusion_during_labour.pdf



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

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

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

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

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

Revistas

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

Formación

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

Programas de posgrado universitarios.



ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades Enfermeras. 1ª parte

Rosa Mª Plata Quintanilla

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

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



En el número anterior hablaba del proceso resultante de los últimos 20 años en la formación de Matronas en España y quizás, al menos cronológicamente, hubiera debido ser posterior al artículo actual y a algunos otros ya editados en esta revista.

Pero lo cierto es que, con independencia del tiempo en que se produjeran los hechos, hay circunstancias que conviene saber y para quienes las conocieran, no olvidar.

Defender la profesión es lícito y es importante su reconocimiento, ignorar la realidad conceptual e histórica de la misma no es admisible. Por ello es necesario tener presentes las decisiones que los poderes públicos han tomado y siguen tomando sin atender generalmente a la opinión experta de los profesionales que dedican su vida a la salvaguarda del interés profesional general.

Me centraré en la génesis de las Especialidades Enfermeras en España, en las que, desgraciadamente, esos poderes públicos incluyeron la profesión de matrona, que de forma irrefutable ha estado presente como oficio desde los albores de la humanidad hasta alcanzar el estatus de profesión consolidada desde el siglo XIX.

Frente a una necesidad incontestable de profesionales en el área de salud reproductiva (y sexual), su larga trayectoria asistencial y la evolución científica y técnica de la formación de Matronas, se presenta la Enfermería cuyo desarrollo se inicia a partir del reconocimiento oficial de su titulación, sorprendentemente a instancias de una entidad religiosa, en 1915¹ y posterior derecho de colegiación en 1944².

Las Matronas desde los labores de la humanidad

Hace tiempo en esta revista coparticipé en el artículo titulado "“Altamira” es nombre de mujer... y de una de las primeras Matronas, plausiblemente también", cuyo objetivo era aportar una nueva mirada al arte prehistórico desde

la perspectiva del registro del pensamiento recursivo en general, y del pensamiento matemático en especial en el Paleolítico superior y que apuntaba, además, a la presencia de "asistentes (Matronas) en el proceso de gestación, parto y puerperio"³.

Karen Rosenberg (paleoantropóloga) y Wenda Trevathan (antropóloga física y matrona), al igual que otros científicos como Juan Luis Arsuaga, a la luz de los conocimientos paleontológicos y antropológicos actuales, se atreven a argumentar que las hembras humanas rutinariamente han necesitado ayuda cuando iban a parir y que consecuentemente otras mujeres, como Matronas o comadronas (*com mater*), han estado ayudando a las mujeres en el parto y nacimiento de sus hijos desde el origen del género.

Nadie actualmente puede cuestionar que las ventajas de formas simples de asistencia en el parto han reducido la mortalidad materna e infantil a lo largo de la historia. Rosenberg y Trevathan, aludiendo a esto, afirman que "por la dificultad y el riesgo que acompañan al nacimiento humano, la partería no es exclusiva de los humanos contemporáneos", y llegan a sugerir que "la práctica de la partería podría haber aparecido hace cinco millones de años, cuando el advenimiento del bidepalismo constriñó por primera vez el tamaño y la forma de la pelvis y el canal del parto"⁴.

Hay evidencias irrefutables de que en todas las culturas, a través de la historia de la humanidad, han existido Matronas que estuvieron sujetas a regularización e instrucción, desde la menos formal por transmisión oral hasta la formal a través de instituciones de enseñanza, según el grado de desarrollo de la propia civilización a la que pertenecían en el momento de su historia y según el enfoque social de la cultura imperante. España no ha sido la excepción al respecto e igualmente se encargaron de la atención sexual y reproductiva de las mujeres, aunque siempre se les haya identificado más a nivel general por esta última tarea, de forma exclusiva hasta el siglo XVIII en España con las propias normativas y regulaciones que el país les impuso a lo largo de los siglos.

Antonio Medina en su libro *Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear*, de 1750⁵, hace un repaso histórico a la práctica de Matronas desde la antigüedad:

"Pero como siendo indispensables los partos son en fuerza de aquella Divina sentencia inevitables los dolores, riesgos y trabajos, halló el arbitrio humano, para que fuesen tolerables, el consuelo, y la esperanza en las prudentes Matronas o Comadres. De estas, aunque no es fácil averiguar el origen, no se debe dudar, que su necesidad tiene casi igual antigüedad á la del mundo. Para las primeras mugeres es verosímil que faltasen Parteras de oficio, y que únicamente por amistad, ó piedad las unas ayudasen, y consolasen á las otras: pero conforme fe iban multiplicando los vivientes, y observando que los partos no todos eran uniformes, ó con iguales circunstancias, pues aunque unas parían felizmente, otras eran afligidas de penosísimos trabajos, con manifiesto peligro de sus vidas, y aun tal vez con la infausta consecuencia de la muerte de Madre y Hijo, no repugna persuadirse, que los Pueblos, ó los Magistrados cuidasen de que se instruyesen Matronas para constituir las en un oficio publico tan útil, y necesario..."

Y en otro apartado dice:

"Para la instrucción de las Matronas generalmente admitidas, y precisas en todas partes, fe establecieron antiguamente reglas, y publicaron libros, mediante cuyo estudio se constituyesen hábiles para ser aprobadas, y de confianza para el ejercicio..."

Más abajo confirma la inexistencia histórica de parteros hombres:

"... es también evidente que hasta el siglo pasado (XVII) se ignoraba, especialmente en España, el nombre de Comadres Parteros"

Estas son pinceladas del discurrir profesional de las Matronas en España vertidas en este libro, a pesar de que fue mandado realizar con el ánimo expreso de dar justificación a la innecesaria introducción de los hombres (futuros obstetras) en el área de atención sexual y reproductiva, que históricamente atendieron las Matronas. Por añadidura se justificaba con esta edición el establecimiento de la subordinación futura de las Matronas a los nuevos profesionales autoerigidos en la autoridad científica y profesional en materia de partos, que única y exclusivamente por razón de género consiguieron su pretensión con el amparo de la ley, que también dictaban los hombres. Así, la cédula de 21 de julio de Fernando VI en 1750 determina el inicio legal del ejercicio de los parteros⁶.

Acto seguido (1787) e impugnando el derecho a la formación igualitaria entre hombres y mujeres, y marcando claramente las diferencias entre ambos géneros y profesiones, se estipula la formación reglada para Matronas a través de los Colegios de Cirugía⁷.

A pesar de ello, pasados los años y más normativas y regulaciones posteriores, los estudios de matrona ya impartidos en la universidad, como carrera englobada entre las denominadas "Carreras Especiales", acabaría convirtiendo a las Matronas en las primeras mujeres que pudieron acceder a una formación oficial y a un título universitario en España⁸. Sin embargo, se les había cortado la posibilidad del aumento de sus conocimientos y desarrollo de sus funciones autónomas, sentenciando su subordinación profesional como auxiliares del obstetra, al estipular los angostos límites para su formación y establecer las diferencias por ley, de clase profesional.

Aun con esta articulación torticera para dar respuesta al deseo y ambición de los hombres (cirujanos), la actividad de las Matronas mantenía la consideración de profesión y su clara y justificada razón de necesidad social en la atención de salud.

Las Matronas a partir del siglo XIX

En los inicios del siglo XIX el panorama de los profesionales médicos ("nube de facultativos" a decir del propio Gobierno) era tan vasto como incomprensible, el mismo Ministerio de la Gobernación los denominaba *"turba de alumnos con estudios descosidos, fracciones, si es lícito expresarse así, de médico y de cirujano, que ocupaban diferentes grados en la jerarquía facultativa con los nombres de maestro sangrador, de cirujano-médico, de cirujano práctico y de cirujano romancista"*, aunque estos a quienes se refiere el comentario a esas alturas ya solo se encontraban en la práctica como vestigios de la enseñanza antigua; de otro lado médico-cirujanos, cirujanos de tercera clase, médicos revalidados en las academias, licenciados en medicina en las universidades, y los que habían recibido ese grado en los colegios. Cada una de estas clases tenía su título, sus atribuciones y sus intereses diferentes de los de las demás, por lo que al Gobierno le urgía sobremanera completar la reforma del arte del curar iniciada en 1827⁹.

A consecuencia de lo incompleto de esta reforma se ha de retomar en 1843 y el panorama de las profesiones médicas lo define el artículo de Oficio en el que se propone la reforma cuando expresa: *"hoy en día son casi tan numerosas las clases de facultativos del arte de curar como antes del reglamento de 1827 y, por ello, en este oficio, intentan uniformar, extender y perfeccionar la enseñanza de la medicina, cirugía y farmacia; y procurar al ejercicio de estas profesiones toda la dignidad, armonía y acierto"*.

Esta reforma consigue que en adelante solo sean tres las profesiones del arte de curar: médicos, cirujanos y farmacéuticos, pero añaden: *"nuestras costumbres han sancionado otra que se hace indispensable conservar. Es la de las parteras"*⁹.



Una vez más las razones alegadas para la continuidad de las Matronas entre las profesiones del arte de curar estaban lejos de la realidad y de la profunda verdad: las cuestiones de género, las que de forma implícita también infravaloraban la labor de las Matronas, léase: *"La manera de comprender la virtud y el recato no es igual en todas las mugeres, y haylas que hasta en los momentos de un peligro inminente se resisten á ser auxiliadas por un comadrón. Y á día de no privar á estas desdichadas de los recursos del arte, es un deber del Gobierno respetar la institución de las Matronas, dándolas la instrucción debida para el cabal desempeño de una profesión tan delicada"*⁹.

"Profesión tan delicada", escriben, y no deja de ser sorprendente el empleo de esta expresión final, cuando en sus mentes y en sus acciones desde el siglo XVIII (en España) se estaba orquestando una campaña de descrédito de la labor de las Matronas para empoderar a los recién llegados cirujanos y futuros obstetras.

Como refiere Ferreiro Ardións et al.¹⁰: *"La paulatina asunción del Arte de Partear por la Cirugía desde el s. XVIII es vista, desde la historiografía actual de las Matronas, como una usurpación ilegítima amparada por un corpus legal sustentado en una premisa no objetivada: el alto coste humano derivado de la impericia de las Matronas que se remediaría por la competencia de los cirujanos"*¹⁰.

Matronas, especialistas de enfermería en el siglo XX

Pasaron muchas cosas en medio del lapso de tiempo citado hasta la mitad del siglo XX, entre otras las Matronas habían conseguido el derecho de colegiación (1930) y consecuentemente su órgano representativo, el Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas¹¹, posteriormente, Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas)¹², que insistió al Gobierno en la remodelación de sus estudios para una ampliación justificada de los mismos acorde con el desarrollo científico de la época.

La profesión de matrona que desde su surgimiento como oficio y su evolución posterior a profesión, como casi todas, se desempeña en sociedad siempre respondiendo a la necesidad de preservar y potenciar la calidad de vida de las personas para generar un bienestar común, el de la salud, a golpe de decreto era desposeída de su condición, una vez más por los poderes públicos. Estos, sin atender a los profesionales que con razones y legitimidad defendían su desarrollo profesional, decidieron por el contrario la unificación de las profesiones de auxiliares sanitarios (Matronas, Practicantes y las neófitas Enfermeras) transformando esta legendaria y consolidada profesión en una especialidad enfermera¹³.

En este Decreto, en su artículo 6º, se exponía la posibilidad de que *"el Ministerio de Educación Nacional, previa pro-*

puesta o informe de la Comisión Central de los Estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, organizar o autorizar la creación de las especialidades que se consideren adecuadas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, tanto masculinos como femeninos".

Y en el Artículo 9º: *"Los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se implantarán en el curso mil novecientos cincuenta y cuatro-mil novecientos cincuenta y cinco, subsistiendo hasta entonces el régimen actual. Las enseñanzas de Matronas continuarán como actualmente se vienen dando hasta el curso mil novecientos cincuenta y cinco-mil novecientos cincuenta y seis inclusive, iniciándose, a partir del de mil novecientos cincuenta y seis-mil novecientos cincuenta y siete, el régimen que por este Decreto se establece para la obtención del diploma en Asistencia Obstétrica"*.

Una orden posterior (1955)¹⁴ reguló el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de Matronas mediante el procedimiento siguiente:

1º. *"La última convocatoria de ingreso en los estudios de Matrona tendrá lugar en el mes de septiembre del presente año 1955. Para ello se concederá matrícula del 1 al 15 de dicho mes de septiembre. Simultáneamente a esta matrícula de ingreso podrá realizarse la de primer curso, para celebrar examen en la convocatoria de septiembre del presente año. Celebrada la convocatoria de examen de ingreso en septiembre de 1955 quedará suprimido el ingreso en los estudios de Matrona."*

2º. *"Las alumnas que en 1 de octubre de 1955 tengan aprobado el ingreso en los estudios de Matrona podrán examinarse de primer año en las convocatorias de junio y de septiembre de 1956. También se celebrará una convocatoria extraordinaria para examinarse de primer año en septiembre de 1957. Terminadas estas (convocatorias) no volverán a celebrarse exámenes de primer año en los estudios de Matrona y quedarán caducados todos los derechos nacidos de la legislación anterior para cuantas alumnas tuvieran aprobado solamente el ingreso."*

3º. *"En las convocatorias de junio y de septiembre de 1957 se realizarán únicamente exámenes de segundo curso de los estudios de Matrona, a los que podrán concurrir las alumnas que en 1 de octubre de 1956 tuvieran aprobado el primer año. En septiembre de 1958 se celebrará una convocatoria extraordinaria de exámenes de segundo año para cuantas alumnas tuvieran aprobado el primer año. Terminados estos exámenes quedarán totalmente extinguidos estos estudios y caducados los derechos nacidos al amparo de la legislación anterior"*.

En julio de 1956 en un nuevo decreto¹⁵ sobre el título de Ayudante Técnico Sanitario y la habilitación de sus competencias se leía: *"La primera promoción de Ayudantes Téc-*

nicos Sanitarios finaliza en el presente curso sus estudios, que, por Decreto de veintiséis de junio de mil novecientos cincuenta y dos y cuatro de diciembre de mil novecientos cincuenta y tres, vinieron a sustituir a los antiguos de Practicantes y Enfermeras".

Curiosamente no mencionaba a las Matronas, era evidente que, nunca esta profesión fue igual a la de Practicantes y Enfermeras, separadas únicamente por razón de género. Sin embargo, bastante audaz el decreto, habilitaba en su Artículo 3º al Ayudante Técnico Sanitario *"a prestar asistencia a los partos normales, cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello"*, como ya hubiera sucedido con la habilitación de los practicantes anteriormente.

Llegado 1957, un nuevo Decreto¹⁶ estableció la especialización de Matrona para los ayudantes técnicos sanitarios femeninos que en el preámbulo del decreto justificaban el cambio bajo la premisa de elevar el nivel profesional:

"Los nuevos estudios tendrán un exclusivo carácter de especialización, que se llevará a cabo mediante lecciones teóricas y ejercicios prácticos durante un año íntegro. No constituye esto una reducción de las enseñanzas; porque frente a los dos cursos de duración que tenían antes sin exigir ninguna otra preparación salvo el examen de ingreso, será preciso ahora, antes de iniciarlas, haber aprobado los tres años de la carrera de Ayudante Técnico Sanitario, que constituye así la base para una adecuada y conveniente especialización. Vuelve a marcarse con ello la tónica que se inició en mil novecientos cincuenta y dos de elevar el nivel de estas profesiones auxiliares en los términos adecuados para más eficaz actuación".

A renglón seguido el Ministerio aprobaba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos, establecidas en el decreto anterior¹⁷.

Creación de nuevas Especialidades Enfermeras al hilo del desarrollo científico-técnico médico

Las nuevas Especialidades Enfermeras hay que contextualizarlas en el marco del desarrollo industrial, económico y social, fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX en España, que trajo emparejadas nuevas necesidades de salud a medida que la esperanza de vida iba creciendo. De otro lado, la medicina que fue paulatinamente alcanzando un desarrollo importante en el siglo XX de la mano de una lenta y progresiva transformación científica unida a la transformación tecnológica que aumentó su capacidad diagnóstica y terapéutica: antibióticos, insulina, farmacopea en general, adelantos tecnológicos en cirugía y diagnóstico... Todo inexorablemente unido a mejoras en la salubridad e higiene pública, alimentación, control de

enfermedades con la vacunología y un largo etcétera de factores coadyuvantes para la mejora de la salud poblacional en general.

La esperanza de vida es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en función de ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. En los países occidentales, la esperanza de vida ha experimentado notables avances en el último siglo, y se ha conseguido con disminuciones en la probabilidad de morir debido a los avances médicos y tecnológicos, reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, mejora en los niveles de condiciones materiales de vida y en la educación, así como el acceso de la población a los servicios sanitarios¹⁸.

Si nos detenemos a pensar que la esperanza de vida a inicios de 1900 no sobrepasaba los 32 años, o más cerca, que entre 1975 (73,44 años) a 2021 (83,07 años)¹⁹ casi se ha elevado 10 puntos, podemos inferir que muchas de las enfermedades causadas simplemente por el envejecimiento apenas existieron durante siglos.

El aspecto clave en la evolución de las últimas décadas ha sido la mejora de las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada. La reducción sostenida de la tasa de mortalidad en estas edades ha permitido que aumente el número de estas personas en el conjunto de la población, siendo bastante superior el número de mujeres que alcanzan una edad avanzada¹⁸. Por tanto, hubiera sido un anacronismo, aunque hubiera escasas personas que sobrepasaran esta edad, pensar al inicio de siglo, no digamos ya antes, por ejemplo, en la necesidad de una especialidad médica de geriatría-gerontología, ortopedia traumatológica y rehabilitación con el complemento de su especialidad enfermera y, sin embargo, actualmente nos parece imprescindible.

Por otra parte, como se ha mencionado, la medicina, su estudio y desarrollo inició su ascenso en el siglo XX, fundamentalmente en su segunda mitad. Hasta 1955, y bajo el principio de que el título de Licenciado en Medicina habilitaba para la total práctica profesional de la Medicina y la Cirugía, no existió una regulación general del derecho de los médicos a titulares especialistas en tal o cual rama de la Medicina (sin perjuicio de regulaciones singulares como la Odontología y la Estomatología). Por consiguiente, eran tenidos como especialistas quienes ocupaban plazas en instituciones o centros sanitarios de carácter especializado (por supuesto, cuando los hubieran ganado por oposición, con mayor razón), quienes hubieran cursado un periodo de formación especializada posgraduada en facultades de Medicina o en centros de especialización oficiales, pero incluso quienes, de facto, venían autotitulándose y ejerciendo públicamente una especialidad cualquiera sin ninguno



de los precedentes requisitos de formación, de modo que la experiencia adquirida se consideraba fundamento bastante, y el control o sanción últimos de la autotitulación quedaban en manos del público, de la clientela, en suma, que habría de dar el veredicto final sobre lo bien fundado de aquella titulación²⁰.

Esa situación anémica termina con la Ley de 20 de julio de 1955²¹, con la que se pretende, como señala su Exposición de Motivos, *"garantizar el público ejercicio con tal carácter y la certeza de que, para ostentarlo, se han superado previamente aquellas enseñanzas y pruebas que en la Ley se determinan, de suerte que la importante preparación para el ejercicio profesional especializado no quede en lo sucesivo al exclusivo arbitrio de quien, sin otra comprobación, asegura haberla efectuado"*. Paralelamente al sistema que acabamos de transcribir se crean las Comisiones Asesoras de Especialidades Médicas²² y se va afirmando un sistema especial para la formación en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 28 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, sobre Médicos Internos y Residentes²³; Orden de 9 de diciembre de 1977, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que regula la formación de posgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros Centros Sanitarios²⁴, etc.).

Tras esta necesaria contextualización queda patente que la necesidad de Matronas a lo largo de la humanidad ha sido una constante, y solo los cambios descritos generaron nuevas necesidades sociales en salud a partir de la segunda mitad del siglo XX, que había que cubrir con la introducción de las especialidades enfermeras al sistema de atención de salud.

La formación de matrona, a pesar de su reconversión en España a especialidad en el siglo XX, no desaparece en ningún momento, pero en el caso de las otras especialidades, hubieron de pasar años desde la promulgación del Decreto de Especialidades que las determinaba, hasta su puesta en marcha como se expone.

En la mayoría de los países del mundo la de matrona sigue siendo una profesión independiente.

Fisioterapia (1957)

La primera de estas especialidades previstas es la especialización en Fisioterapia, y resulta curiosa la explicación de motivos alegados para su implantación: *"Una de las más necesarias es la de Fisioterapia, por el gran número de enfermos necesitados de recuperación y la escasez de personal dotado de los conocimientos necesarios teóricos y prácticos. Propuesta por la Facultad de Medicina de Madrid, favorablemente informada por la Comisión Central de los Estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y por el*

*Consejo Nacional de Educación, se estima llegado el momento de organizarla, y por esa escasez de personal, resulta conveniente admitir a la obtención del diploma a los actuales practicantes y enfermeras que acrediten la suficiente aptitud"*²⁵.

Dada la urgente necesidad de iniciar esta formación y contar con profesionales especializados en esta área específica, la orden por la que se aprueba su programa formativo aparece de inmediato²⁶ y a caballo de la creación de escuelas de ATS, se autoriza a la primera Escuela (femenina) para la enseñanza de Fisioterapia en la Hermandad "Salus Infirmarum", de Madrid en ese mismo año²⁷.

En la actualidad, la formación y titulación de esta profesión es independiente de Enfermería.

Radiología y electrología (1961)

*"Implantadas hasta la fecha las especialidades de Matronas y de Fisioterapia conviene gradualmente crear aquellas otras que en una primera etapa se consideren imprescindibles para el adecuado desarrollo de las funciones que tienen encomendadas las Ayudantes Técnicos Sanitarios. En este aspecto interesa destacar la Radiología"*²⁸.

Podología (1962)

Más amplias y específicas son las razones alegadas para la implantación de la Podología en las que se advierte además un desarrollo iniciado en el resto del mundo al hilo del avance de la cirugía y el imprescindible conocimiento de la biomecánica del pie para una práctica eficaz:

*"De acuerdo con el artículo sexto del Decreto de cuatro de diciembre de mil novecientos cincuenta y tres, que unificó los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, se han venido estableciendo diferentes especialidades que permiten la eficaz ampliación de las actividades de esta profesión auxiliar de la Medicina dentro del campo que para su actuación se fija en sus normas reguladoras. Un interés creciente ofrece el tratamiento de las afecciones y enfermedades de los pies, realizado tradicionalmente por 105 denominados Cirujanos-Callistas, el cual requiere en la actualidad una variedad de conocimientos teórico-prácticos que hace necesaria la reglamentación y organización de las enseñanzas correspondientes. Por otra parte, conviene adoptar expresamente para esta especialidad y para la designación de los profesionales que la ejercen unas denominaciones, las de Podología y podólogo, respectivamente, que han sido ya aceptadas en la mayor parte de los países y resultan más en consonancia con la amplitud de facultades propias de la especialidad que las denominaciones usadas hasta ahora (callistas)"*²⁹.

En la actualidad es una titulación independiente de Enfermería.

Pediatría y Puericultura (1964)

El Decreto por el que se implanta esta especialidad no aporta justificación razonada de su necesidad, se limita a introducirlo con un comentario tan impreciso como repetitivo:

"La experiencia adquirida con la implantación de las especialidades que hasta la fecha han sido creadas en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, aconseja la extensión de las enseñanzas de especialidad que perfeccionen la preparación del personal que desempeña las funciones auxiliares sanitarias. En este sentido, la necesidad de disponer de personal especializado en Pediatría y Puericultura, que pueda contribuir a mejorar la asistencia a los enfermos, impone lógicamente la creación de esta especialidad en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios"³⁰.

Neurología (1970)

Disciplinas en evolución acelerada y desarrollo técnico complementario son las legaciones expresadas en el decreto de puesta en marcha de esta especialidad:

"El desarrollo mundial de la Neurología y su expansión en España, de la que dan fe la reciente creación de servicios y secciones de Neurología en hospitales dependientes de distintos organismos sanitarios (Dirección General de Sanidad, Seguridad Social, Diputaciones Provinciales), así como la creciente complejidad técnica de esta especialidad, hace necesario contar con personal auxiliar capaz de colaborar con eficacia en las tareas de diagnóstico y de tratamiento del médico. Por todo lo anteriormente expuesto parece aconsejable establecer la especialidad de Neurología dentro de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios"³¹.

Psiquiatría (1970)

"Un interés creciente ofrece la asistencia a los enfermos psiquiátricos que requiere una variedad de conocimientos teórico-prácticos que hace necesaria la reglamentación y organización de las enseñanzas correspondientes y de la titulación de los profesionales que han de ejercer esta especialidad... En su virtud, se establece la especialización de Psiquiatría para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, cuyo Diploma se denominará Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico"³².

Análisis clínicos (1971)

"La necesidad, cada vez más frecuente y extendida, de control, con personal auxiliar debidamente formado que

colabore con profesionales médicos en el campo de los Análisis Clínicos, aconseja establecer dentro de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario la especialización necesaria para la obtención del diploma de Ayudante Técnico Sanitario (especialidad de Análisis Clínicos)"³³.

Urología y Nefrología (1975)

"Ante la necesidad, cada vez más frecuente y extendida, de contar con personal auxiliar debidamente preparado que colabore con profesionales médicos en el campo de la Urología y la Nefrología, el Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios ha solicitado, dentro de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, la creación de la especialidad de Urología y Nefrología"³⁴.

Hasta aquí la descripción de las Especialidades Enfermeras hasta 1975 con la implantación de la última de las previstas en el Decreto de 1953. Es evidente el lento camino que ocupó más de 20 años para desarrollar ocho especialidades, dado que la de formación de matrona no se interrumpió en ningún momento mientras se procedía al cambio de plan formativo.

Sin duda el esfuerzo personal de los ATS, Practicantes y Enfermeras que cursaron estas nuevas especialidades, algunas con muy corta vida por cierto, no se vieron mayoritariamente recompensados, añadiendo además que ni se definieron puestos de trabajo ni funciones para ellos.

En una segunda parte, que incluiremos en el siguiente número de esta revista, haremos la revisión a las Especialidades Enfermeras a partir de 1987 como resultado del cambio de planes de estudios e integración de los estudios de Enfermería en la universidad. El conjunto de cambios, sin que se procediese a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizó a los diplomados en Enfermería a que cursasen las especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, *"configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica, necesariamente transitorio"*.

Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado (BOE). Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a comunidades religiosas. Gaceta de Madrid [internet] núm. 141, de 21 de mayo de 1915 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1915/141/A00484-00486.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Jefatura del Estado. núm.



- 331, de 26 de noviembre de 1944, páginas 8.908 a 8.936. Gaceta de Madrid. [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf>
3. González Redondo FA, Plata Quintanilla RM. "Altamira" es nombre de mujer... y de una de las primeras Matronas, plausiblemente, también. *Matronas Hoy* [internet] 2021 [citado 2 jul 2023]; 9(3):41-50. Disponible en: [https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/225/altamira-es-nombre-de-mujer-y-de-una-de-las-primeras-matronas-plausiblemente-tambien/#:~:text=Plata%20Quintanilla%20RM.-,%22Altamira%22%20es%20nombre%20de%20mujer...%20y%20de,\(3\)%3A41%2D50](https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/225/altamira-es-nombre-de-mujer-y-de-una-de-las-primeras-matronas-plausiblemente-tambien/#:~:text=Plata%20Quintanilla%20RM.-,%22Altamira%22%20es%20nombre%20de%20mujer...%20y%20de,(3)%3A41%2D50)
 4. Rosenberg K, Trevathan W. The Evolution of Human Birth. *Scientific American* [internet] 2001 [citado 2 jul 2023]; 285(5):72-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11672138_The_Evolution_of_Human_Birth
 5. Medina A. Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear [internet]. Madrid: Oficina de Antonio Sanz. Biblioteca Nacional de España; 1750. [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <http://bdh.bne.es/bnesearch/CompleteSearch.do?showYearItems=&field=todos&tadvanced=false&exact=on&textH=&completeText=&text=antonio+medina&pageSize=1&pageSizeAbrv=30&pageNumber=10>
 6. Boletín Oficial del Estado (BOE). Novísima Recopilación de las Leyes de España, Tomo IV. [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-LH-1993-63_4
 7. Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/real-cedula-de-sm-y-senores-del-consejo-en-que-se-aprueban-y-mandan-observar-las-ordenanzas-formadas-para-el-gobierno-economico-y-escolastico-del-colegio-de-cirurgia-establecido-en-madrid-con-el-titulo-de-san-carlos/>
 8. Ruiz-Berdún D. Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):7-19.
 9. Boletín Oficial del Estado (BOE). Suplemento a la Gazeta de Madrid. Miércoles 11 de Octubre de 1843 [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1843/3309/C00001-00004.pdf>
 10. Ferreiro-Ardións M, Lezaun-Valdubieco J, Correyero-Tadeo F. Consideraciones sobre el cirujano comadrón en los siglos XVIII y XIX, el caso de Vitoria (Álava, España). *Cultura de los Cuidados. Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados (Universidad de Alicante)* [internet] 2019 [citado 2 jul 2023]; 23(55). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100833/1/CultCuid_55-85-97.pdf
 11. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprueban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas. BOE [internet] núm. 180, a 29 de junio de 1951 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/180/A03060-03064.pdf>
 12. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Orden por la que se dispone que el Consejo General y sus Colegios Provinciales de Colegios Oficiales de Practicantes se denominen, en lo sucesivo, de Auxiliares Sanitarios, y estén formados por estos, las Comadronas y las Enfermeras tituladas. Ministerio de la Gobernación. [internet] núm. 361, de 26 de diciembre de 1944. p. 9666 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/361/A09666-09666.pdf>
 13. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE [internet] núm. 363, a 29 de diciembre de 1953 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>
 14. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 1 de julio de 1955 por la que se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de Matronas. BOE [internet] núm. 204, a 23 de julio de 1955 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/204/A04520-04521.pdf>
 15. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 26 de julio de 1956 sobre el título de Ayudante Técnico Sanitario. BOE [internet], núm. 226, a 13 de agosto de 1956 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1956/226/A05293-05293.pdf>
 16. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. BOE núm. 43, a 12 de febrero de 1957 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/043/A00832-00832.pdf>
 17. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 23 de febrero de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos. BOE [internet] núm. 95, a 5 de abril de 1957 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/095/B00119-00120.pdf>
 18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de vida. Madrid: INE [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&tp=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

19. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de mortalidad. Resultados nacionales Esperanza de vida al nacimiento según sexo. Madrid: INE [internet] [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>
20. Fernández Pastrana JM. Régimen Jurídico de las Especialidades Médicas. Revista de Administración Pública 1988, núm. 116.
21. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley de 20 de julio de 1955 sobre "Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas". BOE [internet] núm. 202, a 21 de julio de 1955 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/202/A04440-04442.pdf>
22. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 10 de junio de 1958 por la que se dispone el de las Comisiones Asesoras de Especialidades Médicas. BOE [internet] núm. 178, a 26 de julio de 1958 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1958/178/B06813-06815.pdf>
23. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 28 de julio de 1971 por la que se dictan normas sobre los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social. BOE [internet] núm. 185, a 4 de agosto de 1971 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/08/04/pdfs/A12721-12722.pdf>
24. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 9 de diciembre de 1977 por la que se regula la formación de Postgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros Centros hospitalarios. BOE [internet] núm. 297, a 13 de diciembre de 1977 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/12/13/pdfs/A27199-27201.pdf>
25. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 26 de julio de 1957 por el que se establece la especialización de Fisioterapia para los mismos. BOE [internet] núm. 215, a 23 de agosto de 1957 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/215/A00777-00777.pdf>
26. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 7 de octubre de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de la especialidad de Fisioterapia. BOE [internet], núm. 295, a 25 de noviembre de 1957 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/295/B06894-06897.pdf>
27. Boletín Oficial del Estado (BOE). ORDEN de 28 de diciembre de 1957 por la que se crea una Escuela para la enseñanza de Fisioterapia para Ayudantes Técnicos Sanitarios en la Hermandad "Salus Infirmorum", de Madrid. BOE [internet] núm. 33, de 7 de febrero de 1958 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1958/033/B01277-01277.pdf>
28. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 1153/1961, de 22 de junio, por el que se crea la especialidad de "Radiología y Electrología" en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE [internet] núm. 170, a 18 de julio de 1961 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1961/07/18/pdfs/A10697-10697.pdf>
29. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 727/1962, de 29 de marzo, por el cual se reconoce y reglamenta la especialidad de Podología para los Practicantes y Ayudantes Técnicos. BOE [internet] núm. 89, a 13 de abril de 1962 [internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1962/04/13/pdfs/A04966-04967.pdf>
30. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 3524/1964, de 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de "Pediatria y Puericultura" en los estudios de Ayudantes técnicos Sanitarios. BOE [internet] núm. 271, a 11 de noviembre de 1964 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1964/11/11/pdfs/A14817-14817.pdf>
31. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 3192/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de "Neurología" en los estudios de Ayudantes técnicos sanitarios. BOE [internet] núm. 268, a 9 de noviembre de 1970 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/11/09/pdfs/A18117-18117.pdf>
32. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la Especialidad de "Psiquiatria" en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE [internet] núm. 268, a 9 de noviembre de 1970 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/11/09/pdfs/A18117-18118.pdf>
33. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 203/1971, de 28 de enero, por el que se crea la Especialidad de "Análisis Clínicos" en los estudios de los Ayudantes Técnicos. BOE [internet] núm. 39, a 15 de febrero de 1971 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/02/15/pdfs/A02469-02469.pdf>
34. Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto 2233/1975, de 24 de julio, por el que se crea la especialidad de Urología y Neurología para Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE [internet] núm. 233, a 29 de septiembre de 1975 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/09/29/pdfs/A20552-20553.pdf>

MARÍA PAZ DE MIGUEL IBÁÑEZ

Matrona. Doctora en Historia. Profesora en la Universidad de Alicante (España)



Nuestra entrevistada es una matrona de esas que yo admiro, silenciosa, discreta, defensora del conocimiento científico e investigadora del pasado, no cualquier pasado, no, sino el de las mujeres y sus criaturas en la (pre) historia con el fin de conocer la cultura, las costumbres y los rituales alrededor de los hechos que acontecían en las muertes maternas y/o perinatales. Profesora Asociada en el Área de Prehistoria de la Universidad de Alicante, sigue ejerciendo además como matrona asistencial en el Hospital de Alcoy y fue vocal en la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana (ACCV).

M^a Paz, Patxuka como la conoce casi todo el mundo, es una mujer enigmática, pero sobre todo muy sincera cuando tiene que decir las cosas claras. Compagina parte de su vida como matrona con su faceta de arqueóloga investigando dentro y fuera de España. Sus numerosas investigaciones y publicaciones dan luz a esas preguntas que nos hacemos sobre la maternidad y la crianza en la antigüedad y que, posiblemente, ayudan a entender los cambios en el proceso de nacimiento en el presente.

Pregunta: Hola, Patxuka, qué bien poder entrevistarte ¡¡por fin!! Verás, creo que eres la primera entrevistada que me produce dos grandes emociones a la vez, una la alegría de que aceptaras, y yo te lo agradezco en el alma, y otra de mucho respeto y desconocimiento de tu "otra profesión", pero bueno, seré como una niña que curioseas y que estoy segura me ayudarás a que no solo yo, sino muchas compañeras te conozcan un poco más. De nuevo gracias, y vamos a empezar, ¿no?

Respuesta: Muchas gracias a ti por tu consideración, no a mí, al igual que a las personas del pasado a las que he podido estudiar en mi faceta de osteoarqueóloga; y a las mujeres y familias que me permiten acompañar, ahora como matrona, en el proceso del nacimiento.

P: Bueno, creo que mejor iniciamos por tu origen, porque eres de Pamplona, una bella ciudad y capital de Navarra. ¿Lo de tu nombre, la transformación de M^a Paz a Patxuka, es porque es de origen vasco-navarro? Eres nacida allí, pero ¿cuándo dejaste tu tierra y por qué?

R: Lo de Patxuka viene desde la infancia, y a estas alturas, como bien dices, la mayoría de las personas con las que me relaciono me conocen y me llaman así. Ciertamente soy de Pamplona y, aunque llevo más años fuera de mi tierra que en ella, sigo ejerciendo de navarra, por carácter, y por cariño a la tierra de mi familia, con esas raíces que se aposentan profundamente en el alma, de las que no puedes ni quieres prescindir. Salí de Pamplona rumbo a Madrid en 1984, a la célebre Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina, con una gran ilusión por formarme como Matrona, profesión que elegí sin dudar, a pesar de que, siempre lo digo, había participado en una excavación arqueológica antes de poner mi primera inyección.

P: Tienes una gran formación académica, que iremos desvelando, pero ¿cómo te haces enfermera? ¿La elección fue vocacional?

R: Desde el final de la Enseñanza Básica tenía claro que quería ser enfermera, para ello tuve que tomar el complicado camino de Bachiller (BUP) por Ciencias puras, con las dificultades que a mí me suponía enfrentarme a las Matemáticas y el resto de asignaturas. La verdad es que no era buena estudiante, pero si tenía un objetivo, intentaba alcanzarlo, a mi ritmo; algo que me pasa igual actualmente. Creo sinceramente que mi elección de cursar Enfermería era vocacional.

P: Al terminar Enfermería te vas a Madrid, a estudiar en la Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina (Complutense de Madrid (UCM)) la especialidad de matrona,

¿por qué en esa ciudad y no en Pamplona? ¿Siempre quisiste ser matrona o fue por otro motivo que nos puedas contar?

R: Santa Cristina, en Madrid, era el referente nacional en esa época para la formación de matronas; allí llegué con el apoyo de mis compañeras de Enfermería, y el ánimo de mi profesora de Materno-Infantil, también matrona, Inmaculada Serrano Monzó. Así fue como pude alcanzar uno de mis sueños y empezar la aventura más larga y gratificante de mi vida profesional. Aunque pienso que siempre quise ser matrona, me encantó una frase que leí una vez que decía: "Por subir una montaña, no quiere decir que no quiera subir otra". Creo que esto resume mi trayectoria vital.

P: Una pregunta obligada, ¿hay alguien de tu familia matrona, algún antecedente familiar de profesionales sanitarios?

R: En mi casa mi hermana mayor, Puy, hizo igualmente Enfermería, luego matrona, aunque siempre ha ejercido, hasta su jubilación, como enfermera de Primaria. Mi segundo hermano, Ricardo, ha sido cirujano en Cuenca durante muchos años. Por tanto, creo que de alguna forma me fueron alentando a seguir mi camino en la aventura de la sanidad. Posteriormente mi cuñada Rosa, es enfermera, mi hermano Iñaki, técnico de Ambulancia y mi cuñada Charo, auxiliar de Enfermería. Puedes imaginar nuestras reuniones familiares.

P: ¿Cuándo y por qué te instalas en Alicante como profesional? ¿Qué te llevó hasta esas tierras?

R: Llegué a Alcoy en el verano de 1986 para un contrato de dos meses. En aquel momento no era tan fácil conseguir contratos y yo decidí que tenía que trabajar donde fuera... y así fue. Tras los dos primeros meses, me ofrecieron seis y de esa forma fui asentándome en estas tierras.

P: Como matrona sé que has estado trabajando en varios hospitales, no sé si siempre en la provincia de Alicante, pero ¿siempre has estado en paritorio o has ejercido en otras áreas?

R: Mi trayectoria profesional empezó en "La Casa Grande" de Zaragoza, con una baja maternal, cuando por motivos de rehabilitación del centro la maternidad se encontraba en la Clínica Ruiseñores. Tengo mucho que agradecer a las compañeras de allí, especialmente a Sofía Gotor y a M^a Jesús, el acogimiento que me tributaron. Yo era recién terminada, inexperta, y me enseñaron el camino de la profesión desde el respeto y la empatía en el complejo camino del nacimiento, en una época en la que los controles de las mujeres embarazadas eran me-

nos exhaustivos, las complicaciones habituales y las vivencias muy intensas... No contábamos con epidurales y la gestión del dolor dependía de nuestra capacidad de acompañamiento.



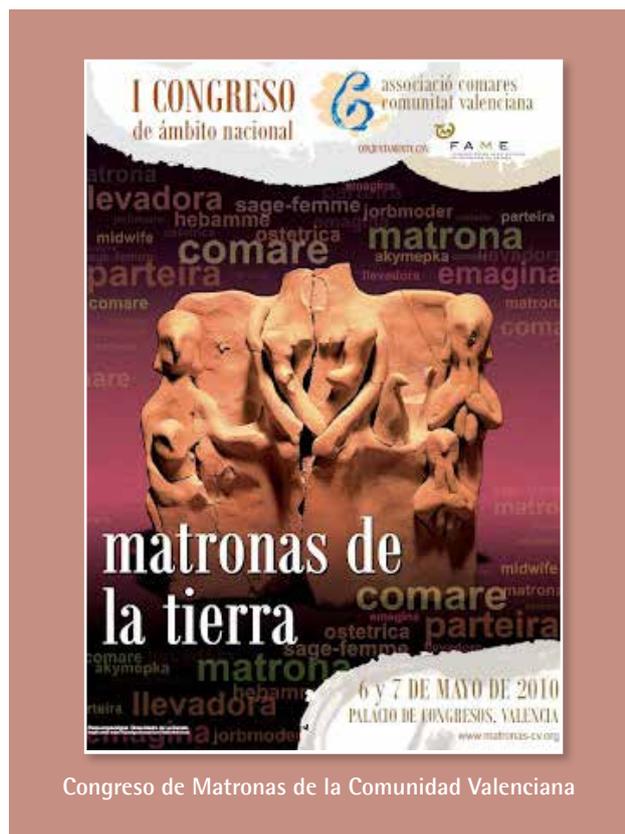
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy (Alicante)

Posteriormente estuve seis meses en el Hospital de Calatayud, tranquilo y familiar, del que también tengo un buen recuerdo. De allí seguí con el periplo por Alcoy, donde me enseñaron a partear, me asesoraron y con gran generosidad compartieron sus conocimientos conmigo, tengo mucho que agradecer a mis amigas, especialmente a M^a José Lorenzo, quien además de sus enseñanzas profesionales, me integró en su familia de la que aún sigo formando parte; a Encarna Vizcaino, a Rosa Carbonell (tempranamente fallecida), a Meli Soler, entre otras, y al equipo de auxiliares de Enfermería, sin su apoyo y profesionalidad los paritorios y nuestro trabajo como matronas nunca tendrían la misma calidad.

Luego pasé a Cocentaina (APD), La Vila, donde montamos el paritorio junto con compañeras entrañables con las que compartí una nueva experiencia y un gran reto. De allí vuelta a Alcoy (hospital y Atención Primaria). En 1988 obtuve la plaza en el Hospital Virgen de los Volcanes, en Lanzarote, donde estuve 15 meses; igualmente en muy buena compañía, de donde quiero destacar mi amistad con Piedad Formentín, matrona actualmente en el Hospital General Universitario de Alicante. En ese tiempo, cambiamos de un hospital viejo y casi abandonado a uno nuevo con más recursos y espacios profundamente mejorados... otra experiencia de montar un hospital.

De allí a inaugurar el Hospital de la Vega Baja de Orihuela, donde ejercí durante 16 años, en una época que empezó con la creación de un hospital, dentro de un equipo joven y con muchísima ilusión. Fueron años de mucho trabajo, mucha pelea y muy gratas vivencias. He de destacar los años que compartí con Águeda García, una mujer sabia y gran profesional, con la que tantas horas de trabajo y conversa-

ción compartimos, sin olvidar a Nati Espinosa, una auxiliar, con una profesionalidad y experiencia que ya me hubiera gustado a mi tener en esa época. Tampoco puedo olvidar a nuestra supervisora, Mary Gutiérrez, cuya temprana pérdida lamentamos profundamente, que siendo enfermera supo cuidarnos y preocuparse porque fuéramos un equipo, y funcionáramos lo mejor posible con los medios disponibles, en un momento de una presión asistencial que no deseo volver a "disfrutar". Allí aprendí que se pueden formar equipos fundamentados en el respeto y apoyo, con todos/as los/as profesionales cuya implicación en la atención a la mujer y a las familias era la base de su profesión, con independencia de las competencias que deben desarrollar. También repetí la experiencia, antes me había pasado en el Hospital de Alcoy, de evacuar un hospital ante un incendio... Esas cosas, que son difíciles de olvidar y que forman parte de tu propia historia.



Congreso de Matronas de la Comunidad Valenciana

Para entonces yo ya vivía en Alicante y pensaba que tenía que trabajar en la ciudad en la que residía, quitarme la carretera y reconciliarme con mi profesión. Llegué en 2006 al H. General de Alicante. En este nuevo destino aprendí muchísimo de cómo hay que hacer las cosas y de cómo hay que luchar para que no se hagan otras. Tuve una excelente suerte, mi equipo de compañeras con Violeta Navío, Queta Sopale, Inma Casanova, Patri Ibáñez, Mariaje Mas, entre otras muchas, nos hizo considerar que si las prácticas

debían cambiar, éramos nosotras las que debíamos asumir nuevos retos y luchar por ellos. Nunca se dijo que fuera fácil, pero siempre hemos pensado que merecía la pena. En esta etapa descubrí algo nuevo: las Matronas en Formación, un grupo de mujeres, y algún hombre, con ilusiones y proyectos que nos impulsaban a estar mental y profesionalmente en activo, que no nos permitían olvidarnos de la importancia de mejorar la asistencia tanto con las mujeres que venían a recibir a sus criaturas, como con todas las que tenían patologías que hacían que su embarazo se viviese con incertidumbre. M^a Ángels Beneyto, Raquel Hervás, Encarna Jiménez, Patricia Picó, Mirian Llorente... hasta la última promoción con la que disfruté de su crecimiento como matronas, Patricia Tortosa, Silvia Bastida, Inma Losa y Mari Flor... También trabajé muy en consonancia con parte del equipo de "gines", hombres y mujeres con quienes compartíamos nuestra preocupación de intentar mejorar nuestras prácticas clínicas y nuestra empatía, mirando más allá del caso y de la patología, y viendo a las personas y sus necesidades. Ana Palacios, Tina Martín, Begoña Hierro, Óscar Piñero, Amparo Candela, Manuela Sala, y un largo etc., a quienes debo sumar muchas de las auxiliares que hicieron que mi estancia en Alicante fuera de alta calidad humana y profesional.

Después de 11 años y una profunda reflexión, vuelta a casi mi origen profesional en Alcoy, donde disfruté del trabajo en equipo, de la buena gestión de Pepa Inés Santamaría, de mi compañera Inma Morillo, del resto de matronas profundamente implicadas en mejorar la atención a las mujeres y las familias, con un equipo de ginecólogas, y unos pocos ginecólogos, con quienes los largos turnos compartidos se disfrutaban... casi siempre. Sin olvidar de nuevo al equipo de auxiliares, base imprescindible de un trabajo y una forma de colaborar sin la cual sería imposible cumplir con nuestro objetivo de dar los mejores cuidados a nuestro alcance. Como ves, he probado diferentes hospitales, grandes y pequeños, al igual que algo de Atención Primaria.

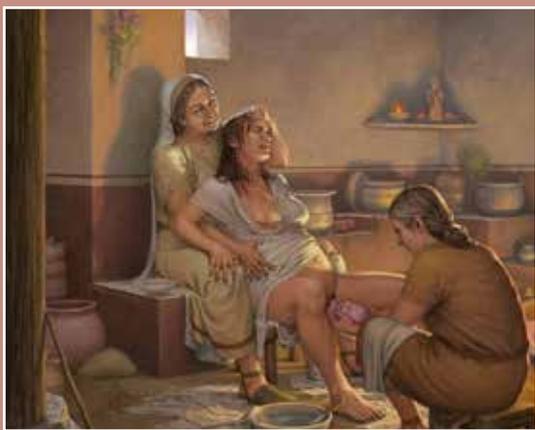
P: ¡¡Ya veo, ya!! Y entrando ya en el plano académico, en 1995 te licencias en Filosofía y Letras en la Universidad de Alicante, en Historia concretamente, ¿no? Muchas matronas estudian Historia, ¿por qué crees que hay tantas matronas historiadoras?

R: Como he comentado, la Arqueología me llamaba desde joven, así que vi la oportunidad de intentar aproximarme a un saber que se alejaba (en apariencia) de nuestra disciplina. Aunque me hicieron descubrir que el conocimiento es acumulativo y que una formación sanitaria me permitía explorar unos caminos que para mí eran totalmente desconocidos. Yo pienso que la formación sanitaria tiene un gran componente humanista, y nos lleva a tener una gran inquietud por comprender de dónde venimos, y allí la

Historia nos permite conocer gran parte de esos misterios del Origen de la Humanidad. Creo que esa inquietud hace que muchas y muchos profesionales nos asomemos a este ámbito del conocimiento.

P: Pero seis años después vuelves a por otra licenciatura en Antropología Social y Cultural en la Universidad Miguel Hernández de Elche. ¿Qué te motiva a emprender ese camino?

R: La motivación son los retos que se te van presentando y que decides asumir. En el programa de estudios había asignaturas relacionadas con la Antropología Física y Evolutiva, Antropología Forense y temas relacionados con el Patrimonio, y eso me decantó por reengancharme a las clases y, de nuevo, enfrentarme a los exámenes... que siguen provocándome algunas pesadillas. Creo que la Antropología Social y Cultural me proporcionó instrumentos que cambiaron mi forma de mirar tanto a las sociedades del pasado como a las del presente, y a comprender comportamientos humanos, dentro de la diversidad a la que nos hemos enfrentado en estos tiempos de migraciones, por ejemplo. Esta carrera me dio instrumentos para mejorar en mis dos profesiones, comprender a las personas a las que acompaño en el presente, y profundizar en las historias vitales de las personas del pasado.



Parto ambientado en la época ibérica asistido por dos mujeres. Ilustración de "RU-MOR".
Fuente: Pastwomen

P: No contenta con tus dos licenciaturas, cursas el doctorado en el Programa de Antigüedad en la Universidad de Alicante. Realizaste una tesis doctoral cuyo título fue *La maqbara de Pamplona (s. VIII). Aportes de la osteoarqueología al conocimiento de la islamización en la Marca Superior*, obteniendo el Premio extraordinario de

doctorado. ¿Por qué elegiste ese tema, de qué trata? ¿Qué es la maqbara?

R: Bueno, yo había empezado otros trabajos previamente como tema de tesis doctoral, pero en 2002, en Pamplona, se excavó la maqbara más antigua de la Península Ibérica. Maqbara es la forma de diferenciar los cementerios de rito islámico de los de otras culturas. Aunque mi campo cronológico más trabajado era la Prehistoria, la directora de la excavación, Mercedes Unzu, me hizo chantaje emocional, era de Pamplona y era algo único. Hablé con mi director de tesis, el Dr. Mauro Hernández, catedrático de Prehistoria, y me dijo que adelante, que allí había un problema histórico y que los restos humanos podían dar luz sobre una época histórica poco conocida, como es el siglo VIII, en los albores de la islamización. Se sumó a la codirección la Dra. Sonia Gutiérrez, catedrática de Arqueología y una de las máximas especialistas en esta época de tránsito. De este modo empecé una aventura impensable, ya que de esta época en Pamplona había poca información, y el registro material era inexistente. Eran los restos humanos y su característico ritual funerario quienes iban a iluminar un momento clave para la Historia de la Península Ibérica, y la verdad es que es un trabajo que creo que no ha defraudado. Hemos reconocido hombres y mujeres que vinieron del norte de África, población local que se aculturó. Hay también niñas y niños, y una población demográficamente normal. Hemos identificado dos mujeres gestantes con sus fetos localizados en la pelvis. Se ha documentado la presencia de numerosas lesiones patológicas de diferente origen, que nos permite inferir aspectos relacionados con los cuidados, con la solidaridad, con el respeto ante la discapacidad... Creo que ha sido uno de los trabajos de investigación más gratificantes que he realizado.

P: He leído y visto muchos reportajes en los que te presentan como arqueóloga, concretamente como "osteoarqueóloga", un término nuevo para mí e intuyo lo que es, además lo defines muy bien en una de esas entrevistas, pero ¿puedes explicar a nuestras compañeras un poco más sobre esto?

R: Claro, yo siempre digo que soy una privilegiada porque no estudio la muerte sino la vida. Es la vida la que nos deja sus huellas en los esqueletos, y a partir de estos estudios integramos a todas esas personas en un territorio y en un momento (pre)histórico concreto, que hay que conocer para poder extraer conocimiento a partir de la integración de estos estudios en los que el resto del equipo ha elaborado desde otras perspectivas. Vamos, que yo conozco directamente a las personas que construyeron nuestra Historia y me permito estudiar la vida más íntima, la que queda escrita en sus cuerpos.

P: Puede parecer chocante para muchas compañeras, a mí me parece fascinante tu trabajo como arqueóloga, te veo en el terreno, excavando y desenterrando huesos, con ese mimo que vemos en muchos reportajes, pero dime ¿cómo se lleva lo de compaginar dos profesiones tan distintas a priori?

R: Bueno, los estudios históricos los veo como una afición más que como una profesión, y con las aficiones se disfruta mucho. Eso no quiere decir que no requiera mucha inversión de tiempo y de formación. No era corriente que se nos formara en este campo y, por tanto, me he ido buscando la vida... También he tenido mucha suerte con las personas que me he ido cruzando en este camino, Paco Etxeberria, Lourdes Herrasti, Assumpció Malgosa, Armando González, Tona Majó, Alejandro Romero... entre un gran grupo cuyo trabajo admiro y del que aprendo cada día.



M^a Paz en plena actividad osteoarqueológica

P: Además, formas parte de Pastwomen, un grupo de mujeres investigadoras. Cuéntame un poco sobre este grupo Patxuka, ¿a qué os dedicáis?

R: Sí, formo parte de un grupo de investigadoras cuyo empeño es recuperar la información que ha sido ocultada a veces de forma intencionada y, en otras ocasiones, simplemente ni siquiera se ha considerado, sobre el papel de las mujeres en diferentes momentos de la trayectoria humana. Pastwomen se ha convertido en un colectivo de mujeres feministas (luchando por la igualdad), que simplemente buscamos visibilizar a las mujeres, en un plano de igualdad social. Trabajamos en museos, Didáctica, Arqueología y (pre)Historia, creando recursos para avanzar en diferentes ámbitos del conocimiento. Ponemos en las mujeres y en sus funciones sociales y reproductivas una atención especial y especializada. Luchamos para desmi-

tificar a los hombres como centro de la dinámica humana integrando al resto de la población, no solo a las mujeres, también a la infancia, la senectud, la discapacidad, los cuidados... Estamos actualmente en un momento en el que se ha hecho visible la importancia de las relaciones de grupo, y cómo hemos necesitado cuidar y que nos cuiden en la pandemia que aún estamos viviendo, así nos es más fácil comprender lo relevante que ha sido a lo largo de todos los tiempos estos papeles de cuidadoras y cuidadores para el éxito de cada grupo.

P: ¿Y qué aporta ser osteoarqueóloga a tu profesión de matrona?

R: Mi trabajo como matrona me lleva al mundo del presente, con las alegrías y las dificultades que nos transmiten las mujeres y sus vivencias, sus acompañantes y sus familias. De alguna forma el presente se enlaza con el pasado y me permite hacer real a las mujeres del pasado, al igual que al resto de la sociedad en la que vivieron. Creo que con ambas profesiones se logra un equilibrio muy grato para potenciar el interés por la investigación y avanzar en el conocimiento.

P: Bueno, sé que acabas de volver de México, donde has estado casi un mes trabajando sobre el terreno, ¿puedes contarme en qué proyecto has estado inmersa en esta ocasión?

R: Este es un tema algo diferente. En México conozco a dos mujeres especiales, las Dras. Abigail Meza y Josefina Bautista, ellas suelen acudir a los congresos internacionales de Paleopatología que se hacen bianualmente en nuestro país. De allí surge la oportunidad de hacer una estancia en el Laboratorio de Osteología del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Como ya he dicho que me gustan los retos, esta estancia viene de la mano de una segunda tesis doctoral que tengo matriculada, esta vez en el Programa de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, bajo la dirección del Catedrático de Historia de la Enfermería Dr. José Siles, centrada en temas de maternidad e infancia, desde la paleopatología, con una especial mirada al campo de los cuidados. Mi intención es hacer una tesis con mención internacional, y la primera salida fuera de España ha sido a México, con una vivencia muy positiva, gracias a todo lo que me han enseñado y a las oportunidades que me han dado de conocer materiales y culturas muy diferentes a las que yo conocía en este lado del Atlántico.

P: Tengo que confesar que para poder hacerte esta entrevista he tenido que buscar por internet, cierto que me has ayudado para encauzar la búsqueda y entre tanto he

visto lo de L'Alcúdia d'Elx, muy interesante los hallazgos. ¿Puedes compartir con otras compañeras lo de este trabajo, explicar en qué consistió?

R: La Universidad de Alicante tiene la propiedad de uno de los yacimientos más relevantes de la Península Ibérica, bien conocido por el hallazgo de la Dama de Elche a finales del siglo XIX. Pero el potencial de investigación sobre el lugar y sus hallazgos ha sido un reto asumido por diferentes equipos de la universidad y yo participo, dentro de mi especialidad, en el estudio de los restos humanos.

Entre ellos hay varios enterramientos de individuos infantiles (I milenio a. C.), que se conservan gracias a la costumbre de enterrar (y no incinerar) a las criaturas, prematuramente fallecidas, debajo de los suelos de las casas. La información obtenida sobre la edad, posibles signos patológicos, tratamiento funerario y, en ocasiones, la posibilidad de hacer estudios de ADN, nos permite conocer mejor estas pérdidas, y comprender que aunque la mortalidad fetal e infantil era elevada en épocas antiguas, el dolor y el duelo se debían expresar de formas ritualizadas con el fin de aceptar algo cargado de tragedia.

P: Y, por cierto, también he encontrado que participaste como comisaria en una exposición en el Museo de Navarra en 2019/20 cuyo título era "La vida impresa en los huesos. Paleopatología en Navarra". ¿Puedes contarme algo sobre ella?

R: Sí, esa fue una experiencia muy gratificante. Para mí la Paleopatología es uno de los campos de mayor interés, a pesar de la dificultad de llegar a comprender cómo las enfermedades alteraron la salud de las personas del pasado, donde los recursos médicos y los cuidados eran más empíricos que científicos. En Alicante ya habíamos preparado una pequeña exposición que es itinerante sobre este tema y gracias a la intervención de mi buen amigo Javier Armendáriz, se me presentó la oportunidad de crear una centrada en Navarra y sus casos. Para ello tuve además del apoyo de mis colegas de Alicante, la participación de diferentes personas que habían trabajado con restos humanos en colecciones osteoarqueológicas de Navarra, profesionales que de forma generosa participaron en la exposición aportando casos de gran interés. Pero esta exposición no se hubiera podido realizar sin el apoyo de la directora de Museos de la Comunidad Foral, Susana Irigaray, la directora del Museo de Navarra, Mercedes Jover, el resto de personal del museo y de los encargados de la gestión de la Arqueología Navarra, Jesús Sesma y Jesús García, la empresa que asumió la ejecución de la exposición, con Fernando Cañada a la cabeza... y de mi buena amiga Carmen Usúa, restauradora, cómplice en el montaje, y de forma muy especial de Iñaki Diéguez, un magnífico ilustrador que dio vida a muchos de los casos que presentamos en las sa-

las, al igual que Pablo Serrano. Todas las exposiciones son efímeras, pero en nuestro caso queda el catálogo, cuidado y mimado por Amaya Ascunce y Carmen Valdés, que puede descargarse gracias a que el Gobierno de Navarra tiene como práctica poner a disposición del público gran parte de sus publicaciones.



Exposición "La vida impresa en los huesos. Paleopatología en Navarra". Museo de Navarra. Fuente: Terrae Antiquae

P: Cambiando un poco de tercio, pero en la misma línea, sé que eres una gran investigadora y que has publicado muchísimos artículos, "Una visión de la infancia desde la osteoarqueología: de la Prehistoria reciente a la Edad Media", "Mortiu Viventes. La maqbara de Pamplona", entre otros muchos, coautora en el libro *Cuidar, curar, morir: la enfermedad leída en los huesos*, es muy extensa toda tu bibliografía, pero dime ¿siempre rondando los temas alrededor de las mujeres y el nacimiento?

R: No siempre, pero sí preferentemente. Me gusta mucho la Paleopatología, por lo que he tratado muchos temas, tanto de enfermedades como de violencia. No obstante, se me reconoce un poco más como centrada en el mundo de las mujeres y de la infancia, con especial cuidado en la identificación de restos de mujeres gestantes, en un intento de averiguar las posibles causas del fallecimiento del tándem materno-fetal. Pero hay pocas evidencias que permitan llegar a conclusiones claras, con unas pocas excepciones, como el caso del Monasterio de Fitero (s. XIV-XVI), donde se documentó con claridad una situación transversa con prolapso de brazo, que causó la muerte de la gestante ante un parto imposible.

P: Has participado también en numerosas conferencias, como la última que he visto "Mujer, maternidad e infancia. El cuidado como fundamento vital en la (pre)

historia" de la Universidad de Valladolid en la jornada "Visualizando a la mujer en la prehistoria". **¿Cómo complementa tu formación de matrona a esta otra como arqueóloga?**

R: Sí, hay varias personas que siguen mi trabajo y que han tenido la consideración de invitarme a hablar sobre el tema. Creo sinceramente que para mí ser matrona ejerciente me ofrece una formación y un entender de diferentes aspectos de la maternidad que son de gran utilidad para interpretar los casos que van apareciendo en contextos arqueológicos, tanto de mujeres gestantes como de personas fallecidas durante la infancia.

P: Siento admiración por tu trabajo de investigación, de osteoarqueóloga, ya te lo he dicho, y sinceramente, mi opinión, creo que entiendo que por tu formación como matrona has llevado tu otra pasión al estudio de la mujer, el nacimiento y la crianza desde el pasado, pero, ¿y al revés, qué aporta la arqueología a tu faceta de matrona?

R: La verdad es que no sé si aporta mucho a mi ejercicio profesional, como he dicho creo que es más a la inversa, mi mirada profesional desde la actualidad hacia el pasado. No obstante, sí que me da tema de conversación en las largas horas de guardia, cuando coincido con compañeras que tienen igualmente una mirada humanista, a las que les cuento los hallazgos e interpretaciones, y de las que recibo opiniones muchas veces muy útiles para interpretar algunos casos.



Inhumación de una mujer argárica fallecida durante el parto. Cerro "Las Viñas", Lorca (Murcia)
Fuente: Pastwomen

P: Una curiosidad, espero no te moleste la pregunta, ¿cómo se viven dos vidas profesionales tan intensas, sin sucumbir a un colapso o estrés? ¿De dónde sacas la energía?

R: Lo que se hace con gusto pesa menos que si lo tuviera que hacer por obligación. Mi trabajo como matrona ha sido muy intenso y me siento muy afortunada profesionalmente. El ámbito de la investigación sobre las personas del pasado, al fin y al cabo, es recuperar mi/nuestra propia historia, y es tan apasionante... Además, como decía mi madre (Josefina Ibáñez), el tiempo pasa igual para quien hace que para quien no hace nada... yo he decidido hacer.

P: Bueno, me apasiona tanto que creo que he dejado un poco de lado lo de matrona, pero es que no conozco a nadie que ejerza de ¡¡ostearqueóloga!! (risas) y claro... no te he preguntado por tu faceta como profesora en la Universidad de Alicante, en el Área de Prehistoria. ¿Te gusta esa parte docente?

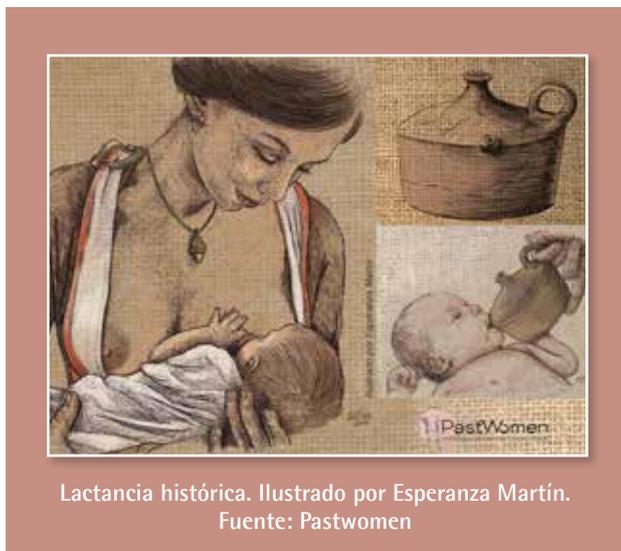
R: Eso ha sido una oportunidad que no he querido desperdiciar, un nuevo reto. Es de lo más complicado que he asumido, cuando das clase de una materia no solo hablas de lo que mejor conoces, de tu tema de investigación o de tus experiencias, tienes que saber del trabajo que han realizado diferentes equipos, desde ámbitos del conocimiento que te son casi ajenos. Por otra parte, debes ofrecer una formación de calidad... y eso cuesta mucho. Pero espero salir bien del intento, solo llevo dos cursos... ya veremos.

P: Volviendo a tu otra vida paralela, de matrona, no quiero acabar sin conocer tu posición respecto a la situación actual de las matronas y si consideras que es necesario un grado propio, ¿puedes argumentar los motivos? ¿Serían todas ventajas o hay o habría algunos inconvenientes?

R: Este tema ha ido variando con el tiempo. Cuando a finales de los años '80 se planteó convertir la formación de matrona en una carrera independiente, yo pensaba que no tenía sentido, que cinco años de formación ofrecían mayor conocimiento que cuatro... Ahora empiezo a pensar diferente. A mi entender debemos luchar por una formación específica de matronas, con las competencias bien definidas, y creo que con un grado de matronas se podría lograr un reconocimiento profesional más claro. Tendría ventajas sin duda, el problema es cómo gestionarlo. Cualquier disciplina científica ha de contar con profesorado cualificado para la formación, eso requiere matronas doctoras, y no pocas, hay que hacer trabajos de investigación, publicar, poner nuestras investigaciones a disposición de las actuales y de las nuevas generaciones. Hay cientos de trabajos realizados en las Unidades Docentes por residentes de matrona que nunca han visto la luz, eso nos lleva a un bucle de investigar sobre temas ya vistos empezando casi de cero. Si no publicamos no existimos...

P: Este verano pasado (2022) ha sido uno de los más duros, sin poder cubrir periodos vacacionales, permisos especiales, etc. por la falta de matronas y por la fecha tan inusual de finalizar las/os residentes, pero además continuamente vivimos situaciones de ninguneo o discriminación. Patxuka, ¿crees que puede ser una cuestión de género, que sucede en un colectivo mayoritariamente de mujeres?

R: Sobre que no hay matronas, pienso que no es del todo cierto. Muchas matronas están trabajando de enfermeras por diferentes motivos, como habiendo obtenido una plaza de enfermeras no permitirles promocionarse como matronas, quedándose a la espera de una mejora de empleo. Los contratos que se ofrecen son precarios y llega un momento en el que buscas estabilidad... pero eso es diferente a que no haya matronas. En relación con el tema de género, actualmente en Medicina también son más las mujeres que estudian y ejercen que los hombres. Sin embargo, es difícil romper algunas barreras, asumir liderazgos para los que muchas veces ni estamos formadas ni nos resultan atractivos. La mayoría preferimos hacer una labor cercana a la mujer que entrar en una continua reivindicación de lo que hacemos. Pero quizás estamos en el tiempo del cambio, hay que asumir nuevos retos y hacer el esfuerzo por tomar las riendas de la profesión... y eso deben hacerlo las nuevas generaciones, apoyadas en las mayores. Por supuesto esto es solo mi opinión.



Lactancia histórica. Ilustrado por Esperanza Martín.
Fuente: Pastwomen

P: Casi una última pregunta de la que me gustaría conocer tu opinión, mientras llega el Grado de Matrona, ¿qué crees que podemos hacer como colectivo?

R: No tengo una fórmula mágica para saber qué debemos hacer, la verdad. Pero sí sé que estamos en buena posición para prepararnos para los tiempos del cambio. Hay que conseguir que las nuevas generaciones piensen en la

investigación y en el doctorado. Hay que crear Evidencia Científica y empeñarnos en hacer una buena difusión y visibilización de nuestras competencias. Nunca dejar de formarnos. Y sobre todo estar unidas... algo sumamente difícil estando tan dispersas y tan centradas en nuestro propio círculo.

P: Estamos llegando al final, posiblemente me deje muchas preguntas en el tintero que puedan ser también interesantes y quieras compartir, así que si quieres añadir algo más a esta entrevista, es tu oportunidad, adelante.

R: Solo quiero resaltar que toda mi trayectoria se ha visto fundamentada en la formación y en la colaboración, nadie puede llevar un proyecto de vida profesional de forma independiente. Agradezco profundamente que me hayas tomado en consideración para hacerme esta entrevista, viendo las que habéis ido haciendo a lo largo del tiempo a compañeras con trayectorias tan ricas en lo profesional y en lo personal. Sigo animando a las compañeras, tanto a las más jóvenes como a las menos, a que integren la investigación y la difusión científica en su imaginario, que dejemos el temor a enfrentarnos con un mundo tan apasionante como avanzar en el conocimiento creando nuestro propio perfil.

Patxuka, no hemos tenido mucha relación personal, pero sabes que te profeso un gran respeto y profesionalmente admiro tu otra faceta como osteoarqueóloga, tu gran pasión que bien puede definirse como tu pasión por el conocimiento de la mujer en otras culturas y otros tiempos a través de sus huesos. Para mí ha sido un auténtico placer descubrir y poder compartir tu lado "menos conocido" para las colegas matronas, por supuesto, porque en el mundo de la arqueología eres bien conocida, por decirlo de alguna manera. Me siento muy agradecida por tu generosidad, no dudaste ni un momento en hacerme un lugar en tu comprometida agenda, incluso desde el otro lado del océano, cuando te llamé y respondiste con otro huso horario.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, agradecerte el tiempo que nos has dedicado y tu labor en la investigación de nuestras (pre)históricas antecesoras, saber de dónde arrancan algunas culturas, ceremonias, ritos, pueden dar un entendimiento más completo del presente y mejorar el futuro. Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando desde hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas, que forman o han formado parte de la historia de la profesión, en tu caso, además, descubriendo a las mujeres y criaturas desde la prehistoria.

ATENEA
Redactora AEM

AGENDA

Celebración del Día Internacional de la Matrona: la AEM con la Asociación de Matronas de Aragón

El pasado 5 de mayo de 2023 en muchas partes de España las matronas se reunieron para celebrar su festividad, el Día Internacional de la Matrona.

Este año la Asociación Española de Matronas (AEM) aceptó la invitación de las matronas aragonesas fuertemente vinculadas, desde sus orígenes, con la asociación y compartió en Zaragoza la II Jornada Autonómica de la Asociación Científica de matronas de Aragón (ACMA), bajo el lema "Matronas en un momento histórico: unidas ante la crisis", en la que se reunieron casi un centenar de profesionales.

El objetivo de estas jornadas fue reunir de nuevo a todas las compañeras aragonesas en un día muy representativo para la profesión a nivel internacional.

El inicio de la jornada autonómica estuvo marcado por la presencia de la consejera de Sanidad de Aragón, Sira Repollés, en el acto inaugural, donde destacó la profesionalidad de las matronas.

El programa científico se abrió repasando nuestra historia actual y pasada como profesión, de la mano de la Presidente de AEM y Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad, Rosa Plata; seguidamente la Presidente de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Salomé Álvarez, expuso los resultados del informe CROWE realizado recientemente por FAME y cuyos resultados, más de 15 años después, son los mismos que arrojara el Informe Lucina de 2005 elaborado por la AEM: falta de matronas en España y sus consecuencias agravadas con el tiempo. Una situación de la que la AEM en 2005 alertaba y que actualmente, y ya inmersos en la crisis anunciada, se ha convertido en una situación difícilmente sostenible con un futuro poco prometedor ante la ausencia real de un relevo generacional, que no está asegurado con la tasa de reposición actual de matronas mediante el sistema vigente (EIR).

Tras analizar el pasado, presente y futuro de la profesión se dio paso a dos mesas donde se expusieron diferentes proyectos llevados a cabo por compañeras en distintos puntos de la comunidad aragonesa. La figura de la matrona está cada vez más presente, como en consultas de diagnóstico prenatal, de educación diabetológica para

mujeres gestantes o realizando talleres en colegios para la prevención de abusos sexuales en la infancia; sin olvidar la educación sexual a adolescentes. Así mismo, se contó con la participación de compañeras que realizan un estudio para la introducción del TENS y su uso en la fase parto dentro del Hospital de Aragón con mayor volumen asistencial. Dos mesas rebosantes de ideas por aplicar tanto en el ámbito hospitalario como en consulta rural o urbana. La mañana acabó de la mano de Ana Lizano, madre y abogada, la cual expuso los derechos de las mujeres en el parto y de los profesionales que las asisten. Una mesa muy interesante que proporcionó debate ante las dudas que surgieron por parte de las asistentes.

En la segunda mitad de las jornadas se invitó a varias compañeras, provenientes del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid) y del Hospital Universitario La Plana (Castellón), que explicaron las remodelaciones y el camino que habían desarrollado en sus hospitales hasta el punto actual, donde una asistencia personalizada, humanizada y respetuosa es el punto central de todos los cuidados proporcionados durante el parto. Dos realidades muy diferentes y con gran contraste que ofrecieron visibilidad a la idea de que el cambio en el paradigma del parto es posible, real y tangible en el sistema sanitario público.

Finalizando las jornadas disfrutamos de la presentación del libro *Historia de las matronas en España*, de la mano de su autora, matrona de profesión, Dolores Ruiz-Berdún, en el que se relatan los problemas que aqueja la profesión, mucho más antiguos de lo esperado y las reivindicaciones de la profesión vigentes por falta de solución pasados los años.

Las jornadas se cerraron con un broche de oro con la proyección del documental *La matrona*, seguido de un breve coloquio con su autora Elisabeth López, cuyo trabajo homenajea la figura de la matrona rural en la segunda mitad del s. XX.

Este documental es especial para Aragón, ya que fue rodado en un pueblo turolense, Monreal del Campo, donde residió y ejerció la profesión M^a Victoria García Ochoa, matrona rural, también presente en el acto y con la que

se pudo disfrutar de una charla cargada de recuerdos y ejemplo de entrega profesional.

El cierre de las jornadas estuvo dedicado al homenaje de las matronas jubiladas a quienes se les agradecía con este gesto su trabajo individual y colectivo por la profesión. El resultado de la jornada fue muy satisfactorio por el es-

perado reencuentro de las compañeras tras la pandemia por COVID-19 y por todas las exposiciones realizadas, que promueven la continuación del trabajo por y para nuestra profesión, abarcando todas las esferas donde la matrona tiene un lugar, que no es otro que al lado de la mujer en toda su etapa sexual y reproductiva.



De izq. a dcha. M^a Angeles Rodríguez Rozalén (AEM); Salomé Álvarez, Presidente FAME; Sira Ripolles, Consejera de Sanidad; M^a José Ramón, Presidente ACMA; Rosa M^a Plata, Presidente AEM y Patricia Martínez, Secretaria ACMA

Participación de la AEM en el borrador del Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023)

La Dirección General de Salud Pública trasladó a la Asociación Española de Matronas (AEM), para revisión, el Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia, elaborado por la Comisión frente a la Violencia en Niños, Niñas y Adolescentes (CoViNNA), presidida por la Directora general del organismo remitente, Dña Pilar Aparicio Azcárraga.

El protocolo ha sido elaborado por un grupo de trabajo formado por personas expertas de los diferentes ámbitos implicados en la atención a la violencia en la infancia y la adolescencia además de por personas representantes de diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas.

La lucha frente a la violencia en la infancia y adolescencia es un imperativo de derechos humanos y una obligación prioritaria de los poderes públicos reconocida en el artículo 39 de la Constitución Española y a nivel internacional en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, ratificada por España en 1990.

Esta violencia afecta a la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida, constituyendo una cuestión de salud pública. Sin olvidar los costes, que, si bien son difíciles de cuantificar, en 2018 se estimaron para España en más de 979 millones anuales, sin contar con datos de lo que se invierte en prevención de la violencia, sensibilización y educación.

El ámbito de actuación del protocolo es el sistema sanitario en todos sus niveles asistenciales, desde la Atención

Primaria (AP) a la Hospitalaria (AH), incluyendo los servicios de urgencias/emergencias y la atención comunitaria, del sector público y privado.

Este documento va dirigido a profesionales del sistema sanitario que tienen contacto con NNA, tanto asistenciales (profesionales de medicina y enfermería, en las áreas de pediatría, familiar y comunitaria, ginecología y obstetricia, matronería, salud mental y urgencias, así como técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, celadores/as, trabajo social, etc.) como no asistenciales (personal de administración, etc.), así como a decisores políticos y gestores de servicios de salud a efectos de planificación de recursos.

Las personas beneficiarias del mismo son los NNA (niños, niñas y adolescentes) menores de 18 años de edad según la Convención sobre los derechos del Niño (CDN), cualquiera que sea su sexo biológico e identidad de género, así como sus familias y entorno social, y a la ciudadanía en su conjunto.

Tras la lectura, concluimos en que es un documento extraordinariamente bueno; no obstante, la AEM, dado el papel relevante que las matronas desempeñan en aspectos de salud sexual y reproductiva sin olvidar su componente psicoafectivo, ha hecho anotaciones al texto original con la única pretensión de reforzar el mencionado papel insistiendo en determinadas etapas (embarazo, parto y puerperio) por la vulnerabilidad de las mujeres/niños y la oportunidad profesional. Adjuntamos las adiciones solicitadas:

Adiciones de la AEM al protocolo frente a la violencia en la infancia y adolescencia					
Página	Párrafo	Línea	Texto original	Nuevo texto sugerido	Justificación
27	1	2	...asimismo, entre las conductas con impacto en la vida sexual, se consideran violencias sexuales la MGF, el matrimonio forzado, el acoso con connotación sexual y	Asimismo, entre las conductas con impacto en la vida sexual, se consideran violencias sexuales la MGF, el matrimonio forzado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual. Se incluye el homicidio de mujeres vinculado a la	El papel de las matronas, como único especialista enfermero en salud sexual y reproductiva y, por tanto, formación integral en esa área de salud implica su participación también en programas

Adiciones de la AEM al protocolo frente a la violencia en la infancia y adolescencia (continuación)

Página	Párrafo	Línea	Texto original	Nuevo texto sugerido	Justificación
			la trata con fines de explotación sexual. Se incluye el homicidio de mujeres vinculado a la violencia sexual, o feminicidio sexual	violencia sexual, o feminicidio sexual. Las matronas tienen una posición ideal para identificar estos casos no solo durante el embarazo, también durante la realización del cribado de cáncer de cérvix, planificación familiar, menopausia o <i>screening</i> de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se deberían incorporar cuestionarios para identificar estas situaciones de riesgo y "romper el hielo", puesto que muchas mujeres no reconocen que sufren de estos abusos y no conocen la importancia de sufrirlos	de salud dirigidos a las mujeres no gestantes, lo que representa una nueva oportunidad para detectar situaciones de violencia doméstica en todas sus manifestaciones y la posibilidad de intervención
34	3	12	El maltrato prenatal y las situaciones de riesgo prenatal pueden causar daño o problemas de salud tras el nacimiento, que pueden condicionar el desarrollo en etapas posteriores y aumentar el riesgo de maltrato. La crianza y la parentalidad son procesos complejos, marcados por la sociedad y la cultura además de la propia capacidad y experiencia, por lo que la atención al proceso de gestación debe buscar ofrecer una experiencia positiva, saludable y libre de cualquier tipo de discriminación y violencia del proceso de embarazo y parto, incluyendo las experiencias de aborto, muerte fetal y neonatal	El seguimiento por parte de la misma matrona o grupo de matronas ayuda a que la mujer y su familia tengan más apoyo y confianza en los profesionales sanitarios, a la vez que estos detectan precozmente los casos de maltrato. Países como Reino Unido, Noruega, Australia, Nueva Zelanda, Países Bajos o Alemania han demostrado los beneficios para las mujeres y sus familias que están bajo el cuidado de la misma matrona o grupo de matronas, en estos casos, desde el comienzo del embarazo hasta la cuarentena	Durante la gestación, las matronas consiguen casi de forma generalizada establecer una relación de confianza con la mujer gestante por el tiempo que dura el proceso de gestación con las visitas frecuentes que implica su seguimiento. La relación matrona-gestante además es favorecida con un nexo de confianza que suele establecerse entre ambas, lo que facilita las oportunidades de conversar que en consultas con los médicos, por menor tiempo y distancia, no se propicia dicho acercamiento. Obviamente, esto es un facilitador para conseguir que la mujer gestante manifieste o despierte la sospecha del profesional, si existiera, una situación de maltrato

La AEM formará parte del panel de expertos del *Women's Health Professional Care* (WHPC)

El pasado 23 de mayo, la Asociación Española de Matronas (AEM) fue invitada a la presentación con asistencia de prensa en Madrid, del Congreso "*Women's Health Professional Care*", una iniciativa que nació en el Reino Unido y se ha expandido a España.

El objetivo de este macro-evento es ser un punto de debate y reflexión sobre cómo la atención sanitaria a las mujeres debe hacerse desde una perspectiva femenina que tenga en cuenta sus necesidades y especificidades. Además de ofrecer todas las herramientas y los conocimientos para actualizarse y avanzar en las mejoras de atención sanitaria con perspectiva de género. Todo a través de un amplio programa científico con más de sesenta ponencias y mesas de debate con los mejores especialistas de cada área. Es el primer congreso que se enfoca sobre este tema a nivel nacional e involucra a especialistas de Atención Primaria y Especializada, médicos de familia, enfermería/matronas, ginecología, oncología, cirugía, salud mental, fisioterapia, nutrición, deporte e IA y BIG DATA.

Este encuentro dedicado íntegramente a la salud de las mujeres se celebrará los próximos días 17 y 18 de noviembre en el Centro de Convenciones Norte de IFEMA Madrid y contará con una exposición de 1.800m² con más de 50 laboratorios y empresas que mostrarán novedades en la salud de la mujer, incluyendo sectores como farmacéuticos, equipamiento médico, complementos alimenticios y autocuidado de la salud.

La tendencia actual, cada vez más alejada del androcentrismo, es garantizar que las mujeres sean vistas "en el entorno adecuado, por el profesional adecuado, en el momento adecuado" mediante una mejor integración de los servicios de salud de la mujer en la salud primaria, secundaria y sexual y reproductiva. En consecuencia, la fuerza laboral del centro de salud debe construirse identificando las habilidades y competencias requeridas para brindar servicios de alta calidad, en lugar de basar los roles en formas históricas de trabajo. El acto de presentación, que contó con la presencia de varias de las entidades científicas que avalamos este proyecto, representantes de Farma-industria y prensa especializada, fue presentado por Pilar Mateo, científica e investigadora, Presidente del Comité Científico y ponente del Congreso; el Dr. Javier de Castro, Jefe de Sección de Oncología Médica del Hospital Univ. La Paz (Madrid) y D. Fernando Prados Roa, Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

También asistieron, como invitadas y futuras ponentes de este importante evento científico, Dña. Rosa M^a Plata, Presidente de la Asociación Española de Matronas y Dña. Ángeles Rodríguez Rozalén, Relaciones Institucionales de la AEM.



Presentación del Congreso



Dña. Rosa M^a Plata y Dña. Ángeles Rodríguez Rozalén



Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

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

¿Qué materiales contiene?

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

¿Qué ventajas aporta?

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



enferteca.com



grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero