



SUMARIO

Editorial

Originales

- Detección de liquen escleroso vulvar en la consulta de la matrona de Atención Primaria: estudio descriptivo
- Educación sanitaria al cuerpo de bomberos: asesoramiento para la atención urgente del parto extrahospitalario
- Pandemia covid-19 como desencadenante de depresión en mujeres gestantes (2020-2022)
- Efectos sobre la lactancia materna usando un biberón individualizado según la morfología del pecho materno de cada madre

Revisiones

Guía de recomendaciones Casa de Partos hospitalaria

Echando la vista atrás

Escritura colectiva del 1^{er} libro español de obstetricia: *Libro del arte de las comadres o*

madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños

Entrevista

Entrevista a Soledad Carreguí Vilar

Agenda

- La AEM reclama a la C.A. de Madrid por su nueva intervención en la mejora de la Atención Primaria que deja fuera a enfermeras, matronas y fisioterapeutas
- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén inaugura las jornadas de enfermería de CC.OO.
- Adiós al Sindicato de Matronas
- SATSE y AEM ponen en común las claves de la mejora laboral y profesional de las matronas
- La AEM en el XII Congreso Nacional de Lactancia Materna iHAN
- Homenaje a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén en el Marco de la II Jornada de Matronas de Atención Primaria de la CAM



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).

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

© AEM
© DAE, S.L.

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

Reservados todos los derechos

Periodicidad: 3 números al año.

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.

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

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

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

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 12 - nº 2 septiembre-noviembre 2024

Editorial

4

Originales

- Detección de liquen escleroso vulvar en la consulta de la matrona de Atención Primaria: estudio descriptivo 6
 Isabel María Gómez Conejo, María Eva Hartusch Corona
- Educación sanitaria al cuerpo de bomberos: asesoramiento para la atención urgente del parto extrahospitalario ... 21
 Carolina Pérez-Pérez, Virla Palma-Rivas, Francisca Pereira-Flores, Rosa Sáez-Silva, Jennifer Henríquez-Elgueda, Lissette Villanueva-Santana
- Pandemia covid-19 como desencadenante de depresión en mujeres gestantes (2020-2022) 28
 Felipe Calderón Canales, Nicol Berríos Castañeda, Catalina Hernández Jorquera, Fernanda Herrera Portales, Scarleth Nanjari Cortés
- Efectos sobre la lactancia materna usando un biberón individualizado según la morfología del pecho materno de cada madre 38
 Manuel Fernández Pareja, Lilit Artenyan Markosyan, Paloma García Galán, Nicolás Cánovas Rodríguez, Stella Wright, Tania Morán Macías

Revisiones

- Guía de recomendaciones Casa de Partos hospitalaria 14
 Carmen Jorrín Bengoechea, Alba González Fernández, Julia Mínguez Sánchez, Celia Valderrama Álvarez, Marta Pérez González

Echando la vista atrás

- Escritura colectiva del 1^{er} libro español de obstetricia: Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños 45
 Rosa M^a Plata Quintanilla

Entrevista

- Soledad Carreguí Vilar 50

Agenda

- La AEM reclama a la C.A. de Madrid por su nueva intervención en la mejora de la Atención Primaria que deja fuera a enfermeras, matronas y fisioterapeutas 57
- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén inaugura las jornadas de enfermería de CC.OO. 58
- Adiós al Sindicato de Matronas..... 58
- SATSE y AEM ponen en común las claves de la mejora laboral y profesional de las matronas 59
- La AEM en el XII Congreso Nacional de Lactancia Materna iHAN 61
- Homenaje a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén en el Marco de la II Jornada de Matronas de Atención Primaria de la CAM 62

Editorial

La inveterada y fea costumbre de mentir de los políticos

Cada vez más, parece que la mentira se ha convertido en el elemento imprescindible para el triunfo político: falsedades para tapar errores, o mentiras elaboradas para destruir al adversario político y mantenerse en su posición de privilegio. Hace mucho tiempo, salvando honrosas excepciones de políticos íntegros, el resto, caterva política, olvida que su puesto y su trabajo, esto es, el ejercicio de la política, tiene como objetivo mejorar la vida de los conciudadanos y no al revés, servirse de la política para mejorar la suya propia.

Os preguntareis el porqué de este pensamiento tan catastrofista como creo, real. No hace falta más que ver cómo va España... los debates en el Senado y en el Congreso que se han convertido en un mero trámite, convocan a los políticos, cuando van, que estos no han de justificar sus ausencias, y muchos de ellos sin razones y con un descaño hasta barriobajero, hacen discursos agresivos contra los adversarios políticos, pero no aportan soluciones mientras la vida del español medio empeora cada día.

Y ¿qué decir de la Sanidad, que ha sido buque insignia de nuestro país, ejemplo mundial?, pues que parece sin que los políticos, en general, pongan remedio antes de que sea demasiado tarde. La mayoría de estos sobrevivieron a la covid, cosa fácil, porque estuvieron bastante menos expuestos que los sanitarios de primera línea de los que ya se olvidaron y han pagado con el olvido y siempre su desconsideración; ni siquiera este "campo de prueba tan inesperado como letal" les ha servido para aplicarse en las tareas pendientes que tiene la Sanidad Española para volver a apuntalar sus cimientos que, tras la prueba, se descubrieron inestables. A partir de ahí, solo hemos escuchado las reclamaciones de los médicos, fundamentalmente de Atención Primaria, y estamos cansados, somos muchos más que los médicos los que componemos el sistema sanitario y parece que esta clase no solo quiere mantener el privilegio por encima de todos los demás, sino que prevalece exclusivamente el suyo. A cada cual lo suyo, pero los médicos no son Dios y el sistema sanitario no funciona solo con ellos. La sanidad española desde el escalafón más alto al más bajo, está muy mal pagada, pero los médicos (salvo honrosas excepciones que las habrá) son especialistas en "hacerse sus descuentos": por ejemplo, mientras las enfermeras todavía luchan porque en todas las autonomías se les reconozca el derecho del solape (tiempo de trabajo, 20 minutos, como mínimo) que una enfermera o enfermero dedica, fuera de su jornada laboral, a transmitir a su relevo información clínica fundamental y trascendente sobre la

evolución y cuidados que requieren sus pacientes, los médicos no tienen control horario ni de entrada ni de salida y se "autoaplican" a diario las deducciones horarias que a ellos les vienen bien, ante la pasividad de la Administración que lo consiente. Son innumerables las horas de trabajo que de esta forma "esquilman" a la Administración y no pasa nada, ellos siguen negociando a veces hasta la extorsión, para sí mismos, que en este punto se olvidan del tan manido término de "equipo multidisciplinar".

Esta semana venía oyendo al Consejero de mi región que el problema de las coberturas de verano de médicos y enfermería no era responsabilidad del gobierno regional, que su Consejería no tenía ningún problema para contratar a cuantos efectivos fueran necesarios para las sustituciones de verano, pero la dificultad para la contratación era responsabilidad del Ministerio de Sanidad por no formar los suficientes profesionales... ¡A otro perro con ese hueso, Sr. Pascual! Con esa declaración puede engañar y acaso contener la indignación de la ciudadanía, pero no a los profesionales que conocemos el sistema y las penurias a las que cada vez con más indiferencia nos somete la gestión de políticos que olvidan que la integridad y la transparencia son indispensables para gobernar.

Srs. Consejeros, les recuerdo que la descentralización de la sanidad en España prácticamente culminó el desarrollo del Estado Autonómico y el proceso de progresiva equiparación de competencias entre las diferentes Comunidades Autónomas. Las transferencias en materia de sanidad a las regiones que hasta diciembre del 2001 formalmente constituían el llamado "territorio INSALUD" (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja), ponía fin a la asimétrica distribución de competencias entre CC.AA. que existía desde la creación del Estado de las Autonomías. El proceso de transferencias se cerró con la firma del traspaso de las competencias sanitarias a las regiones gestionadas por el INSALUD permitiendo a los gobiernos autonómicos gestionar sus servicios de salud desde el 1 de enero del 2002. A partir de aquella fecha las CC.AA. asumieron los 140.000 empleados públicos, 83 hospitales y 35.000 camas del momento y todo lo que vendría por detrás, como, entre otros gastos, hacerse cargo de la formación sanitaria especializada.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad determina las necesidades de especialistas del sistema sanitario en función de indicadores objetivos y criterios de plani-

ficación para garantizar la equidad y eficiencia del sistema de formación sanitaria especializada, aunque esto también hay que ponerlo en cuarentena, cuando ni siquiera tienen un registro de profesionales sanitarios. Son las Comisiones Nacionales las que se encargan de acreditar las plazas de formación, esto es que cada dispositivo donde impartan la formación (hospitales y centros de salud fundamentalmente) reúnan los requisitos para que los profesionales se formen correctamente, pero Sres. Consejeros de Sanidad, ustedes son los responsables de pagar el montante que suponen las plazas de formación en sus autonomías.

Por poner un ejemplo que nos atañe a las matronas especialmente, la antigua Escuela de Matronas de Cantabria, como en toda España, se cerró en 1987, y no hubo voluntad política de abrirla hasta 2006 en el nuevo formato de Unidad Docente, a pesar de las necesidades más que evidentes de estas profesionales en todo el país y en la propia región. Para colmo, la oferta de plazas ha estado por debajo de las plazas acreditadas. Desde 2006 hasta el momento presente solo se han formado 107 matronas en Cantabria, cuando podrían haber sido 190, lo que supone que 83 plazas la CC.AA. ha dejado sin ofertar (este es el ahorro consiguiente para la Consejería de Sanidad, lo que se llama "el chocolate del loro") y de ahí la problemática de cobertura de matronas. Algo que se repite del mismo modo en prácticamente todas las comunidades autónomas, llegando al momento presente en que la carencia advertida desde 2004 por la Asociación Española de Matronas es una realidad crítica: más de 3.000 plazas no se han ofertado en el conjunto del país y España en estos 30 años, y la media de matronas en nuestro país está muy por debajo de la media europea, no así en cuanto a médicos.

Las administraciones sanitarias han hecho y siguen haciendo "oídos sordos" a una carencia real de efectivos de matronas, profesional sanitario no sustituible por otro, como incluso de vez en cuando ellos mismos inducen para poner parches a su mala gestión, en lugar de articular los mecanismos para formar más matronas. Profesionales necesarias para cubrir el relevo generacional, para que las que

están en activo no sigan dando más de lo que pueden en las condiciones actuales de un desprecio absoluto y continuado, por los gestores y políticos de turno, hacia su singular e imprescindible labor sanitaria, poniéndolas además en riesgo a ellas mismas y menoscabando la atención a la salud sexual y reproductiva de calidad que todas las mujeres españolas (y sus hijos) merecen. Las matronas han de ser remuneradas como corresponde, se han de ajustar las ratios de atención, se han de cubrir sus ausencias, y dar cobertura en todos los puestos relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer en Atención Hospitalaria y Atención Primaria por matronas, que son las profesionales especialistas en este área y en consecuencia, las profesionales idóneas para este tipo de atención, y en ningún caso, la enfermería generalista.

Las mujeres (e hijos) y las matronas somos "rehenes" de la mala planificación y desarrollo de los recursos humanos en salud, instrumento clave para impulsar la calidad de la atención, puesto que una prestación sanitaria de calidad requiere de la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades individuales y de la población.

Sin embargo, esta conclusión no entra en la cabeza de muchos políticos y prefieren desviar el dinero hacia otros rumbos que no siempre son fundamentales para el bienestar de la ciudadanía, pero tan acostumbrados como están a engañar para ir salvándose y mantener su silla, no les "duelen prendas" en seguir mintiendo, por no mencionar que están tan ocupados en "sus cosas" y deben tener tal consumo de "energías" que no pueden llevar a cabo la misión encomendada cuando fueron elegidos o designados: servir a los españoles.

Por último, señores políticos "de todos los colores", ¡pónganse a trabajar de una vez y asuman que la salud no tiene precio, pero la sanidad de calidad cuesta dinero!

Rosa Mª Plata Quintanilla
Presidente de la Asociación Española de Matronas

DetECCIÓN DE LIQUEN ESCLEROSO VULVAR EN LA CONSULTA DE LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

¹ Isabel María Gómez Conejo
² María Eva Hartusch Corona

¹ Matrona. Centro de Salud "El Abajón- La Marazuela Las Rozas". Gerencia Asistencial de Atención Madrid. Comunidad de Madrid (España)

E-mail: igconejo1969@gmail.com

² Residente 2º año Matrona. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Área 6 de Salud. Madrid (España)

Fecha de recepción: 14 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 26 de junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Gómez Conejo IM, Hartusch Corona ME. Detección de liquen escleroso vulvar en la consulta de la matrona de Atención Primaria: estudio descriptivo. *Matronas Hoy* 2024; 12(2):6-13.

Resumen

Introducción: el liquen escleroso vulvar (LEV) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica de la piel que afecta principalmente a la región anogenital. Es una patología común, sin embargo, puede estar infradiagnosticada e infratratada.

Objetivo: el objetivo general es determinar la proporción de casos con sospecha de patología vulvar (LEV) según la valoración realizada en la consulta de la matrona y confirmados en el servicio de Dermatología. A la vez, determinar los síntomas más frecuentes en las mujeres con el diagnóstico de LEV.

Método: estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestra: mujeres mayores de 18 años que pertenecen pertenecientes al Centro de Salud "El Abajón-La Marazuela" (Madrid) y que han acudido a la consulta de la matrona por los siguientes motivos: citologías, exudado vaginal, gestación o puerperio. Recogida de datos: periodo comprendido entre el 01/06/2021 al 31/12/2021.

Resultados: de las 973 pacientes que acudieron a la consulta de la matrona de Atención Primaria, finalmente, 29 pacientes, 2,98% IC95% (2,1%-4,25%) fueron diagnosticadas de LEV por el Servicio de Dermatología. De estas el 51,72% IC95% (33,53%-70,55%), presentaba dispareunia, un 10,34% IC95% (2,18%-27,35%) insomnio y un 90% IC95% (78,57%-99,8%) prurito vulvar.

Conclusiones: la prevalencia de LEV en el presente estudio está en concordancia con otros trabajos. Establecer un diagnóstico precoz es fundamental en esta patología. Afecta a la calidad de vida de las pacientes y es un factor de riesgo de carcinoma epidermoide vulvar.

La matrona tiene un papel importante en la detección precoz de casos, dada su competencia en la exploración obstétrica-ginecológica de la mujer sana y aquellas otras que acuden con problemas.

Palabras clave: enfermedades de la vulva; patología vulvar; liquen escleroso vulvar; matrona; detección precoz.

Abstract

Detection of vulvar lichen sclerosus at consultations with the Primary Care Midwife: a descriptive study

Introduction: Vulvar lichen sclerosus (VLS) is a chronic inflammatory autoimmune condition of the skin which affects mainly the anogenital area. It is a common condition; however, it can be underdiagnosed and undertreated.

Objective: The general objective is to determine the proportion of cases with suspected vulvar condition (VLS), according to the evaluation conducted during midwife consultation and confirmed by the Dermatology Unit. At the same time, to determine the most frequent symptoms in women diagnosed with VLS.

Method: An observational descriptive retrospective study. The sample included >18-year-old women from the "El Abajón-La Marazuela" Primary Care Centre (Madrid), consulting the midwife for the following reasons: cytology, vaginal discharge, pregnancy or postpartum period. Data collection: between 01/06/2021 and 31/12/2021.

Results: Of the 973 patients attending the Primary Care Midwife Unit, ultimately 29 patients (2.98% CI95%, 2.1%-4.25%) were diagnosed with VLS by the Dermatology Unit. Of these, 51.72% (CI95%, 33.53%-70.55%), presented dyspareunia, while 10.34% (CI95%, 2.18%-27.35%) suffered insomnia, and 90% (CI95%, 78.57%-99.8%) had vulvar itching.

Conclusions: The prevalence of VLS in this study is consistent with other studies. To establish an early diagnosis is essential in this condition. VLS has impact on the quality of life of patients, and represents a risk factor for vulvar squamous cell carcinoma.

Midwives play a major role in the early detection of cases, given their competence in obstetric-gynaecological examination of healthy women and those who attend with problems.

Key words: vulvar diseases; vulvar condition; vulvar lichen sclerosus; midwife; early detection.

Introducción

La vulva es un área compleja y específica de la piel que varía de una mujer a otra y comprende múltiples estructuras anatómicas. Es importante destacar que la vulva, al igual que el resto de la piel, puede verse afectada por diferentes patologías de diversa etiología, que requieren un abordaje multidisciplinar de diferentes especialidades. La enfermedad de la piel vulvar es un motivo común de consulta; sin embargo, el miedo y los tabúes culturales llevan a algunas mujeres a ocultar su sintomatología¹.

La clasificación sistemática de las enfermedades que afectan a la zona vulvar es complicada, debido a que son muchas y variadas, desde dermatosis inflamatorias hasta tumores, infecciones, alteraciones pigmentarias e incluso vulvodinia. Dentro de la clasificación de las dermatosis vulvares inflamatorias hay que destacar el liquen escleroso (LEV)¹.

El LEV es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica de la piel que afecta principalmente a la región anogenital^{1,2}. Es una patología común, sin embargo, puede estar infradiagnosticada debido a que los pacientes no consultan, son tratados por diferentes especialidades, además, por falta de experiencia hay dificultad en la detección de la patología^{1,3}. Es importante destacar también que el inicio puede ser asintomático en el 13% de los casos^{1,3}.

Etiología, incidencia y prevalencia

La etiología sigue siendo desconocida, las investigaciones sugieren un origen multifactorial, incluyendo antecedentes genéticos, autoinmunes, hormonales y locales³.

Esta patología es más habitual en mujeres que en hombres⁴. La verdadera prevalencia no se conoce, sin embargo, la incidencia en mujeres adultas parece estar aumentando⁵. El 54% de las mujeres son posmenopáusicas, pese a ello, afecta tanto a niñas prepúberes como mujeres peri y posmenopáusicas⁴. También se presentan muchos casos durante los años reproductivos³.

La enseñanza tradicional es que existe un inicio bimodal en niños prepúberes y en mujeres posmenopáusicas⁵⁻⁸. Sin embargo, estudios recientes sugieren que el LEV también puede ocurrir con mayor frecuencia en otras edades de lo que se pensaba anteriormente. Un grupo de Londres informó que aproximadamente el 20% de los pacientes desarrollan LEV durante sus años reproductivos⁹ y un grupo en Beijing encontró que el 75,2% de su muestra de 129 mujeres desarrolló LS durante el periodo fértil¹⁰.

Los picos que se encuentran en los años no reproductivos están asociados con niveles bajos de estrógeno. Podría ser que exista una verdadera relación etiológica que pueda estar relacionada con las diferencias en las respuestas inmu-

nes (los estrógenos favorecen las respuestas mediadas por células T en lugar de las de anticuerpos)¹¹.

Es importante reiterar que la verdadera incidencia y prevalencia son desconocidas, así como, difíciles de estimar. La prevalencia estimada oscila entre el 0,1% y el 0,33% en un servicio de dermatología y el 1,7% en una consulta de ginecología privada, lo que sugiere una tasa más alta de visitas a ginecólogos que dermatólogos¹. Además, las mujeres pueden acudir a diversos tipos de proveedores y de ahí la variabilidad de las cifras de incidencia y prevalencia¹².

En 2005, Goldstein determinó la prevalencia de LEV, siendo la tasa comprobada histológicamente del 1,7% en la práctica general de ginecología. Destacando que el 54% de estas mujeres eran posmenopáusicas, con una edad media de 52,6 años¹.

Según un estudio realizado en Estados Unidos, se identificaron 10.004 mujeres con diagnóstico de LEV entre 2015 y 2017, lo que supone una prevalencia del 0,05%. Hay que destacar que el 16% de los diagnósticos fue en mujeres de entre 18 y 44 años, esto indica que puede estar infradiagnosticado en estos grupos de edad según estudios recientes⁶.

Del entorno de esta investigación, se aportan datos de un estudio realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, en el que se incluyeron 227 mujeres, el tiempo de demora media en el diagnóstico fue de 5,62 años. El 94,7% de las mujeres presentaba síntomas, siendo el más frecuente de ellos el prurito vulvar, así como en un 54,6% de los casos presentaba dispareunia (edad media del diagnóstico es de 59,95 años y la edad media de inicio de los síntomas de 53,72 años). La disfunción sexual fue considerada importante para las pacientes. Además, la mitad padecía un LEV grave y un 5,3% desarrolló una neoplasia vulvar. La gravedad de la patología fue mayor en los casos de mayor edad y mayor retraso en el diagnóstico¹³.

Presentación, diagnóstico, tratamiento y curso de la enfermedad

Afecta a las áreas genital labial, perineal y perianal, se manifiesta como un área parcheada, delgada, brillante y de color marfil. Es importante destacar que no afecta a vagina y cuello uterino. La sintomatología principal es el prurito, pero también puede presentar ardor, dispareunia, apareunia, anorgasmia, disuria o sangrado genital³.

El curso de la enfermedad es impredecible; sin embargo, si no se trata, aproximadamente la mitad de las pacientes perderán la estructura vulvar, desapareciendo los labios menores y el clítoris quedará enterrado, dejando una vulva blanca, brillantes y atrófica⁴. Igualmente se puede producir una reducción del introito vaginal, sinequias vulvares, además de grietas en la piel y sangrado provocando áreas doloridas con infecciones secundarias³.



Imagen 1. Características morfológicas del LEV. A. Placas blancas nacaradas en región anterior vulvar. B. Placas blancas nacaradas bilaterales con ampolla hemorrágica en frenillo del clítoris. C. Fisura en horquilla posterior. D. Placas eritematosas y blancas con erosiones superficiales en vulva. E. Sufusión hemorrágica en la zona anterior de la vulva con reabsorción de capuchón del clítoris y de labios menores. F. Piel arrugada tipo “celofán o papel de fumar”. (Con permiso de Barchino Ortiz. L.¹³)

Para el diagnóstico, es imprescindible una correcta anamnesis y examen clínico, así como la realización de una biopsia. Las mujeres que presentan sintomatología deben ser exploradas por un profesional de la salud con experiencia en patología vulvar, además, se tiene que recomendar la importancia de la autoexploración vulvar³. Es importante destacar que la mayoría de los casos son diagnosticados por dermatólogos y ginecólogos; sin embargo, los médicos de familia y medicina interna, así como enfermeras también están detectando porcentajes altos de casos⁶.

Se apunta respecto al uso del término *enfermeras* en el anterior estudio que, en España, por ser la matrona la enfermera especialista en salud sexual y reproductiva es uno de los profesionales que potencialmente con más frecuencia detecta esta patología; en el caso de este estudio de origen suizo, se desconocen las atribuciones en Atención Primaria que tienen las matronas de ese país y/o si son las enfermeras generalistas quienes atienden la salud sexual de las mujeres y de ahí que utilicen el término *enfermeras*.

El diagnóstico de LEV suele ser clínico, aunque se aconseja efectuar una biopsia de confirmación en casos dudosos. Las indicaciones para la realización de una biopsia confir-

matoria sería principalmente la sospecha de malignidad, es decir, siempre que existan hiperqueratosis erosiones, ulceraciones, equimosis o nuevas lesiones verrugosas o papulosas, particularmente cuando son resistentes a un tratamiento adecuado de primera línea. En casos en los que el cuadro no responde a tratamiento habitual, cuando existen lesiones extragenitales, si presenta zonas pigmentada o en caso de lesiones cicatriciales con pérdida de estructuras vulvares. Por otro lado, algunos autores recomiendan la realización de una biopsia siempre que sea posible antes de iniciar el tratamiento¹³. En la mayoría de los casos 62,06% se establece un diagnóstico clínico pero la biopsia es recomendable especialmente para excluir neoplasia o cáncer intraepitelial vulvar¹⁴.

La prueba diagnóstica definitiva, que es una biopsia de piel, debe tomarse en la zona más densamente blanca. Cabe destacar que las personas tratadas con corticosteroides tópicos, el resultado de la biopsia puede estar alterado⁴.

El LEV tiene riesgo de transformarse en una neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) y carcinoma vulvar queratinizante, por lo que es fundamental un seguimiento y tratamiento crónico. Es de suma importancia una detección temprana, debido a que el carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide) de la vulva se observa hasta en un 3,5-7% de las mujeres con esta patología^{3,4}. No se puede predecir qué pacientes son propensos, por lo que se considerarán a todos como en riesgo⁴. La mayor duración de los síntomas y la pérdida de la arquitectura vulvar aumentan el riesgo de cáncer³.

Es importante destacar que no existe una cura definitiva, ya que se desconoce su etiopatogenia exacta. El tratamiento principalmente alivia los síntomas, revierte signos y previene cambios anatómicos adicionales. Todos los casos, incluso cuando son asintomáticos, han de ser tratados². Ha quedado demostrado por infinidad de estudios que esta patología afecta a la calidad de vida de las pacientes. Sin embargo, los tratamientos mejoran significativamente esta calidad de vida¹⁵.

Rol de la matrona en la detección de patología vulvar

“La matrona en España es una enfermera especializada (Enfermería Obstétrico-Ginecológica). Un profesional autónomo/a con competencias propias definidas legalmente y reconocidas en los dos ámbitos asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada). Su labor incide en un ámbito social tan importante como es el de la maternidad y la atención integral al ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad (ICM. FIGO).

En el ámbito internacional, la matrona es un profesional reconocido en todos los sistemas sanitarios de los países

desarrollados y es considerada como una figura idónea e imprescindible para la atención de la salud integral de la mujer a lo largo de su vida¹⁶.

Con el estudio, se pretende demostrar la importancia del papel de la matrona de Atención Primaria para la detección de patologías vulvares, en concreto del liquen escleroso. En la consulta se detectan múltiples casos de forma casual cuando las pacientes acuden para la realización de una citología, exudado vaginal, control de la gestación, puerperio u otro motivo.

La matrona es el profesional de salud indicado para detectar las alteraciones vulvares y así poder derivar a las mujeres, ante la sospecha de LEV, como en el caso concreto estudiado, al Servicio de Dermatología para ser diagnosticadas y ofrecerles diagnóstico definitivo.

Objetivos

Objetivo principal

- Determinar la proporción de casos con sospecha de liquen escleroso vulvar (LEV) según la valoración realizada en la consulta de la matrona, posteriormente confirmados en el Servicio de Dermatología.

Objetivos específicos

- Determinar la proporción de casos de patología vulvar (LEV) confirmados por biopsia
- Registrar los síntomas más frecuentes en las mujeres con el diagnóstico de LEV.
- Describir los tratamientos prescritos por Dermatología en pacientes diagnosticadas
- Especificar los motivos más frecuentes de consulta y calcular la media de la frecuentación de estas pacientes en las consultas de la matrona tras establecer el diagnóstico de LEV.
- Poner en valor la labor preventiva de las matronas en la detección de patologías vulvares.

Método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica (AP-Madrid) del en el periodo del comprendido entre el 1 de junio de 2021 al 31 de diciembre de 2021 para mujeres que acudieron a la consulta de Matrona de Atención Primaria al Centro de Salud "El Abajón y el Centro de Salud La Marazuela", Las Rozas, (Madrid). Según el Sistema de Información Poblacional Cibeles del Sistema Sanitario Público Madrileño entre las fechas establecidas 01/06/2021 y 31/12/2021 a los centros

de salud ámbito del estudio pertenecen 20.615 mujeres ≥ 18 años.

Población de estudio

Pacientes mayores de 18 años que acudieron a la consulta de la matrona por los siguientes motivos: citologías, exudados vaginales, gestación y puerperio asignadas a los Centros de salud que son ámbito de estudio. Se excluyeron las pacientes diagnosticadas previamente de patología vulvar.

Tamaño muestral

Se incluyeron todas las pacientes que acudieron a la consulta de matrona del CS Las Rozas, durante el periodo de 1 de junio de 2021 al 31 de diciembre del 2021 (973 pacientes).

Variables

- Principales:
 - Diagnóstico de sospecha de LEV según la valoración realizada por la matrona. Teniendo en cuenta que el LEV suele iniciarse con una zona eritematosa inespecífica bien delimitada alrededor del clítoris y posteriormente progresar a otras áreas vulvares como labios menores, vestíbulo y región perineal. Las localizaciones características son los surcos interlabiales, labios menores y mayores, clítoris y capuchón del clítoris, horquilla posterior y cuerpo perineal. En casos extensos puede afectar tanto a la región vulvar como a la perineal¹³.
 - Diagnóstico de LEV en el servicio de dermatología de las pacientes con sospecha diagnóstica derivadas desde la consulta de la matrona. El diagnóstico del LEV es considerado por la mayoría de las guías un diagnóstico clínico basado en la presencia de unas manifestaciones clínicas características. Solo consideran necesaria la realización de una biopsia para el estudio histológico si existen dudas diagnósticas, en casos atípicos o cuando existe sospecha de malignidad, pero no de forma rutinaria¹³.
 - Diagnóstico confirmado por biopsia
- Otras variables:
 - Edad.
 - Presencia de síntomas mediante entrevista: dispareunia, insomnio, prurito vulvar.
 - Motivos de consulta.
 - Número de episodios liquen escleroso atrófico (CIAP S99) citadas en agenda de la matrona en el periodo

comprendido entre el 1 de junio de 2021 al 31 de diciembre 2021.

- Número de episodios dispareunia (CIAP X04) citadas en agenda de la matrona en el periodo entre el 1 de junio de 2021 al 31 de diciembre 2021.

Se presentaron los resultados de las variables cuantitativas con media y desviación estándar y con frecuencia y porcentaje las variables cualitativas. Se presentó también su IC95% cuando correspondía.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación Local Noroeste de Atención Primaria de Madrid.

Resultados

En el estudio se han incluido 973 pacientes que cumplían los criterios de selección, con una edad media 40,77 DS 11,88.

Los resultados obtenidos son los siguientes: de las 973 pacientes, 38 pacientes (3,90% IC95% 2,72%-5,32%) fueron derivadas al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH) por sospecha de LEV y de ellas, 29 pacientes (76,31% IC95% 59,75%-88,55%) fueron diagnosticadas de LEV por este servicio.

La proporción de mujeres con LEV confirmada de las que acudieron a consulta fue el (2,98% IC95% 2,1%-4,25%) lo que concuerdan con otras estimaciones que oscilan entre 1 de cada 30 mujeres de edad avanzada, 1 de cada 59 mujeres en una consulta de ginecología general³.

De las 29 pacientes se estableció diagnóstico clínico a 18 pacientes 62,06% IC95% (42,06- 79,31%). Se realizó biopsia a 11 (37,93%). El resultado fue positivo en cinco pacientes 17,24% IC95% (5,84%-35,71%) e inespecífico en seis pacientes 20,6% IC95% (7,94%-39,72%).

Las pacientes con diagnóstico de LEV presentaban edad media 57,79 años DS14,08. Distribuyéndose de la siguiente manera, entre 52-85 años 20 pacientes (68,96%) con LEV y entre 29-50 años, nueve pacientes (31,03%) (Gráfico 1).

De las mujeres diagnosticadas de LEV, el prurito vulvar fue el síntoma asociado más frecuente, 26 pacientes padecían prurito vulvar 89,65% IC95% (78,57%-99,8%), 15 mujeres padecían dispareunia 51,72% IC95% (33,53%-70,55%). Además, el sueño también puede estar afectado, en el estudio, el insomnio afectaba a tres pacientes 10,34% IC95% (2,18%- 27,35%) (Gráfico 2).

El estándar de oro en el tratamiento de LEV son los esteroides tópicos ultrapotentes (propionato de clobetasol). Los tratamientos de segunda línea incluyen inhibidores de la calcineurina, retinoides e inmunosupresores. La cirugía

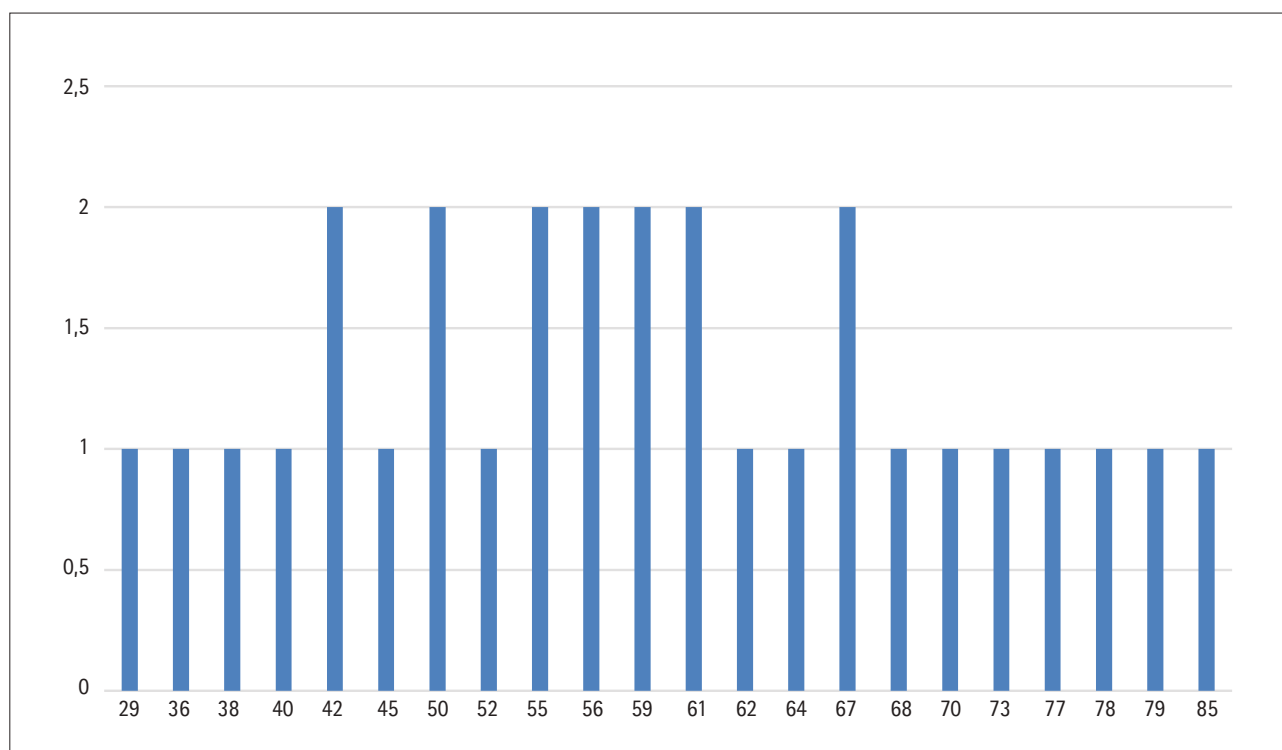


Gráfico 1. Distribución de LEV por edad en la muestra

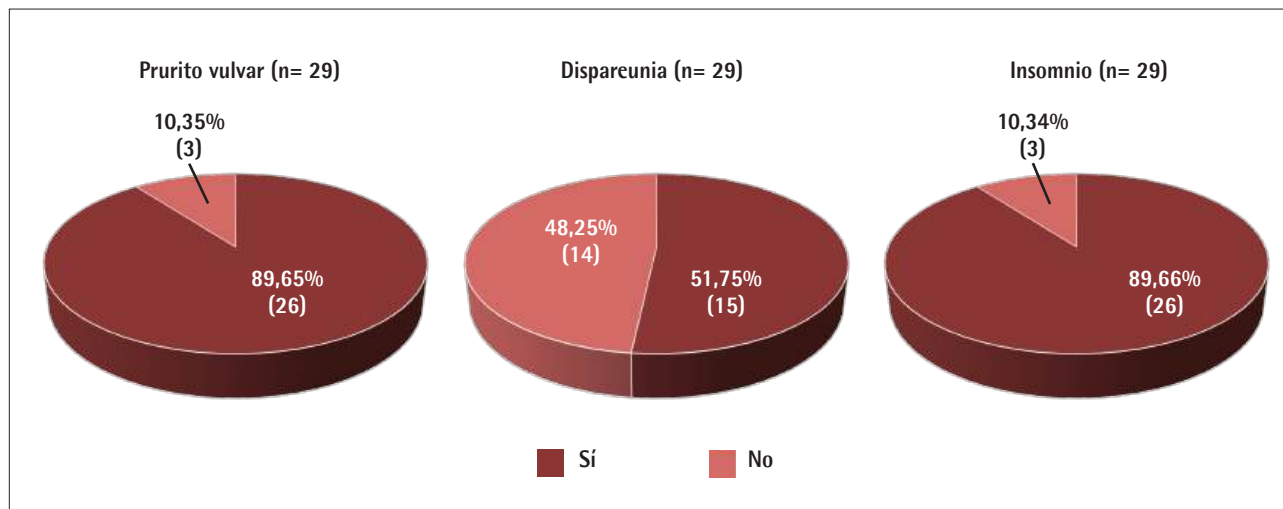


Gráfico 2. Porcentaje de síntomas detectados en la muestra (n= 29)

se utiliza únicamente para el tratamiento de las complicaciones asociadas con el liquen escleroso^{14,18}. Autores como Virgili¹⁶ sugieren que una vez que el LEV se ha estabilizado con corticosteroides tópicos, se puede considerar un tratamiento a largo plazo con vitamina E y emolientes para mantener la remisión.

En esta línea, la mayoría de las pacientes del presente estudio fueron tratadas con corticoides tópicos de muy alta potencia (propionato de clobetasol al 0,05%, un paciente con Protopic 0,01% (inhibidores de la calcineurina) y tres pacientes no fueron tratadas porque no acudieron a la cita.

De las 38 mujeres con sospecha de LEV, 16 acudieron para la realización de una citología, siete de ellas para realizar un exudado vaginal, 11 por prurito vulvar y cuatro en la visita de puerperio, lo que confirma la mayoría de las veces que es un hallazgo casual.

Conclusiones

- El LEV es una dermatosis inflamatoria crónica y recidivante, infradiagnosticada, infratratada por los profesionales sanitarios y desconocida para las mujeres que lo sufren, aunque supone un alto impacto en la calidad de sus vidas, siendo además un factor de riesgo de carcinoma epidermoide vulvar.
- Dentro de los síntomas y coincidiendo con lo descrito en la literatura, el más habitualmente referido por la muestra estudiada fue el prurito vulvar, 89,65% de los casos. El porcentaje de mujeres detectado es similar a estudios previos (83% y 95,8%¹⁹). En el presente trabajo, el 52% de las pacientes refería dispareunia, lo que concuerda con los resultados de los trabajos que han referido el im-

pacto negativo del LEV en la función sexual. Lee et al.²⁰ afirman que 311 de las 414 mujeres con LEV sexualmente activas de su estudio (75,1%) experimentaron dispareunia²⁰, Virgili et al.¹⁸ refirieron que en su población aparecía en el 63,6% de las mujeres donde era pertinente su valoración.

- Las pacientes con sospecha de LEV son detectadas de forma casual, siendo el motivo más habitual la realización de una citología.
- El LEV es una enfermedad crónica, es importante destacar que la frecuentación a las consultas aumentó desde que se estableció el diagnóstico. Los motivos por los que consultan fueron dudas y efectos secundarios relacionados con el tratamiento.
- Tras ser diagnosticadas de LEV por el Servicio de Dermatología, se produce un aumento de la demanda asistencial por parte de las pacientes, siendo la media de visitas de cuatro por paciente en el periodo de tiempo estudiado.
- La matrona tiene un papel fundamental en la detección precoz de casos de alteraciones vulvares, dado su rol en la exploración de la mujer y es necesario incrementar su formación en patología vulvar.
- El bajo porcentaje de diagnóstico de sospecha inicial, los tratamientos inapropiados y el retraso en el diagnóstico del cuadro son todos datos que revelan de nuevo, la necesidad de una mayor formación en patología vulvar¹³.
- Para la educación de los síntomas y de las lesiones, evitar la aparición de cambios irreversibles y la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y prevenir el desarrollo de CEV, son básicos un diagnóstico y un trata-

miento adecuados y precoces, así como un seguimiento de por vida de estas pacientes^{6,13}.

- La discriminación que ha sufrido la mujer en la sociedad ha influido en su salud. Las primeras estadísticas sobre temas de salud femenina no se recogieron hasta principios del siglo XX. Las pacientes mujeres no han recibido la misma atención médica, a pesar de que representan el 70% de las visitas al facultativo.

Limitaciones al estudio

La principal limitación del estudio ha sido que solamente se ha podido estudiar a las mujeres que acuden por diversas causas al Centro de Salud El Abajón- La Marazuela; sin embargo, lo ideal sería estudiar una población más amplia de mujeres que acuden a diversos centros de salud.

Agradecimientos

Este estudio se ha realizado gracias a la formación en dermatosis inflamatorias recibida por parte del Dr. Pablo Lázaro Ochaita (Médico especialista en Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología,) al Dr. Ricardo Rodríguez Barrientos (Médico de familia, Unidad de Investigación Gerencia de Atención Primaria de Madrid) y a Dña. Luisa María Cabello Ballesteros (Técnico de Salud) por su inestimable ayuda para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K, Srodon M. Prevalence of vulvar lichen sclerosus in a general gynecology practice. *J Reprod Med.* 2005; 50(7):477-80.
2. Singh N, Ghatage P. Etiology, Clinical Features, and Diagnosis of Vulvar Lichen Sclerosus: A Scoping Review. *Obstet Gynecol Int.* [internet] 2020 [citado 11 jul 2024]; 2020:7480754. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191405/>
3. Lee A, Fischer G. Diagnosis and Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus: An Update for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol.* [internet] 2018 [citado 11 jul 2024]; 19(5):695-706. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326269380_Diagnosis_and_Treatment_

[of_Vulvar_Lichen_Sclerosus_An_Update_for_Dermatologists](#)

4. Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Lancet.* 1999; 353(9166):1777-83.
5. Cooper SM, Ali I, Baldo M, Wojnarowska F. The Association of Lichen Sclerosus and Erosive Lichen Planus of the Vulva With Autoimmune Disease: A Case-Control Study. *Arch Dermatol.* [internet] 2008 [citado 11 jul 2024]; 144(11):1432-5. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/420123>
6. Fistarol SK, Itin PH. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: an update. *Am J Clin Dermatol.* [internet] 2013 Feb [citado 11 jul 2024]; 14(1):27-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691475/>
7. Schlosser BJ, Mirowski GW. Lichen sclerosus and lichen planus in women and girls. *Clin Obstet Gynecol.* [internet] 2015 Mar [citado 11 jul 2024]; 58(1):125-42. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271332445_Lichen_Sclerosus_and_Lichen_Planus_in_Women_and_Girls
8. Tasker GL, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Clin Exp Dermatol.* [internet] 2003 [citado 11 jul 2024]; 28(2):128-33. Disponible en: <https://academic.oup.com/ced/article-abstract/28/2/128/6626413?redirectedFrom=fulltext&tlogin=false>
9. Trokoudes D, Lewis FM. Lichen sclerosus - the course during pregnancy and effect on delivery. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* [internet] 2019 [citado 11 jul 2024]; 33(12):e466-e468. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.15788>
10. Yang M, Wen W, Chang J. Vulvar lichen sclerosus: A single-center retrospective study in China. *J Dermatol.* [internet] 2018 [citado 11 jul 2024]; 45(9):1101-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522895/>
11. Guideline Subcommittee of the European Dermatology Forum. Guideline on Lichen sclerosus [internet] 2017 [citado 11 jul 2024]. Disponible en: <http://www.lichensclerosus.ch/custom/data/ckEditorFiles/S3-Guideline%20on%20Lichen%20sclerosus.pdf>
12. Melnick LE, Steuer AB, Bieber AK, Wong PW, Pomeranz MK. Lichen sclerosus among women in the United States. *Int J Womens Dermatol.* [internet] 2020 [citado 11 jul 2024]; 6(4):260-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522895/>
13. Barchino Ortiz L. Liquen escleroso vulvar: estudio descriptivo epidemiológico, clínico e histológico de las pacientes de una consulta monográfica de dermatología ginecológica [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2021. [citado 11 jul 2024]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/112effa0-6858-4c3b-988a-f87ba96daf32/content>

14. Pérez-López FR, Vieira-Baptista P. Lichen sclerosus in women: a review. *Climacteric*. 2017; 20(4):339-47.
15. Günthert AR, Duclos K, Jahns BG, Krause E, Amann E, Lima-cher A, Mueller MD, Jüni P. Clinical scoring system for vulvar lichen sclerosus. *J Sex Med*. [internet] 2012 [citado 11 jul 2024]; 9(9):2342-50. Disponible en: [https://www.obsgyn-wiki.ch/application/files/1614/9011/9592/LS-](https://www.obsgyn-wiki.ch/application/files/1614/9011/9592/LS-lichen%20sclerosus%20with%20a%20very%20potent%20topical%20steroid%20(clobetasol%20propionate%200.05%)%20cream)
16. Asociación Española de Matronas (AEM). Estado actual de las matronas en España Informe 2017. Competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo. AEM [internet] 2018 [citado 11 jul 2024]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/02/DOCUMENTO-COMPETENCIAS.pdf>
17. Dalziel KL, Millard PR, Wojnarowska F. The treatment of vulval lichen sclerosus with a very potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Br J Dermatol*. 1991; 124(5):461-4.
18. Virgili A, Minghetti S, Borghi A, Corazza M. Long-term maintenance therapy for vulvar lichen sclerosus: the results of a randomized study comparing topical vitamin E with an emollient. *Eur J Dermatol*. 2013; 23(2):189-94.
19. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH; British Association of Dermatologists. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol*. 2010; 163(4):672-82.
20. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. *JAMA Dermatol*. 2015; 151(10):1061-7.

Guía de recomendaciones Casa de Partos hospitalaria

¹ Carmen Jorrín Bengoechea
² Alba González Fernández
³ Julia Mínguez Sánchez
⁴ Celia Valderrama Álvarez
¹ Marta Pérez González

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

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

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

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

E-mail: carmenjbreinosa@gmail.com

Fecha de recepción: 16 de junio de 2023.

Fecha de aceptación: 26 de julio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Jorrín Bengoechea C, González Fernández A, Mínguez Sánchez J, Valderrama Álvarez C, Pérez González M. Guía de recomendaciones casa de partos hospitalaria. *Matronas Hoy* 2024; 12(2):14-9.

Resumen

Introducción: el modelo asistencial mínimamente intervenido al parto y nacimiento tiene su máximo exponente en la atención prestada por matronas en Casas de Partos o también llamadas Casas de Nacimiento, que han demostrado ser, a la luz de la evidencia científica, un modelo de atención más seguro y coste-efectivo en la asistencia a los partos de bajo riesgo, para aquellas mujeres que, cumpliendo los criterios de inclusión, optan decididamente, con todas sus implicaciones, por este tipo de asistencia.

Objetivos: ofrecer una guía con las recomendaciones más actualizadas para la implementación de una Casa de Partos o de Nacimientos en nuestra comunidad autónoma (Cantabria).

Material y método: revisión de la literatura científica relacionada.

Resultados: ofrecer una guía de recomendaciones más actualizadas para la implementación de una Casa de Partos o de Nacimientos en Cantabria.

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

Abstract

Guidelines recommendations for hospital Birth Centers

Introduction: the model of care with minimal intervention for delivery and birth has its highest expression in the care provided by midwives in Birth Centers; these have demonstrated to be, on the basis of scientific evidence, a safer and more cost-effective model of care for low-risk deliveries, for those women who meet the inclusion criteria and decide to choose this type of care, with all its consequences.

Objectives: to offer guidelines with all the most updated recommendations for implementing a Birth Center in our autonomous community (Cantabria).

Materials and methods: a review of the scientific literature associated with this matter.

Results: to offer guidelines with all the most updated recommendations for implementing a Birth Center in Cantabria.

Key words: normal delivery; centers for pregnancy and delivery care; humanized delivery; midwifery; post-partum; birth center; midwife.

Introducción

En un artículo anterior, *Diseño mixto para el análisis de las motivaciones de mujeres y profesionales para la implementación de una Casa de Partos*, hicimos una crítica implícita al intervencionismo y la medicalización del parto y nacimiento en favor de la humanización, la desmedicalización y el mínimo intervencionismo de este, relatando las principales iniciativas mundiales al respecto, desde la década de los 80 del pasado siglo con el pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

En España, antes de que el Ministerio de Sanidad tomara parte activa en el cambio de modelo asistencial², la Asociación Española de Matronas (AEM) por primera vez en este país, aunque años antes venía alertando de la necesidad del cambio, reunió a expertos nacionales e internacionales en asistencia obstétrica (Matronas y Obstetras) y elaboró un documento titulado *La Carta de Madrid*³ que sintetiza a la perfección nuestra intención y deseo profesional: *"la mejora de la asistencia al parto y nacimiento de bajo riesgo dispuestos a emprender acciones que contribuyan al desarrollo de prácticas adecuadas en la atención del nacimiento, de modo que se posibilite a las mujeres un parto más armonioso y seguro y a las futuras generaciones una entrada más acogedora a la vida. El grupo reconoce la necesidad de respetar los procesos fisiológicos y los valores culturales de cada sociedad, así como promover una asistencia multiprofesional e interdisciplinaria"*.

Las autoras nos sumamos también a la declaración de "Posición: Misión, visión y valores" de la AEM manifestando, así mismo, que *"lejos de fundamentalismos, pero sí con la evidencia científica, entendemos la gestación y el parto como un estado temporal de implicaciones somato-emocionales y sociales de carácter singular y adaptativo que una mujer sana, con el necesario seguimiento y cuidado profesional, para la detección precoz de cualquier alteración, puede asumir con éxito y concluir, en más de un 85% de los casos, en un parto espontáneo y una crianza placentera"*⁴.

Según la OMS, se define experiencia de parto positiva como *"la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas"*⁵.

Conocer la fisiología del parto ayuda a comprender y prestar cuidados de calidad en el proceso. El equilibrio hormonal es necesario para el progreso del parto, por ello, el ambiente, el acompañamiento y la toma de de-

cisiones informadas y consensuadas aumentan la seguridad y la confianza, siendo así facilitadores del proceso de parto^{6,7}.

Las unidades dirigidas por Matronas, en inglés *Midwifery Units led* (MUL), en español Casas de Partos o también llamadas Casas de Nacimiento, pueden concebirse como una respuesta al fenómeno acuñado por la serie de salud materna de *The Lancet* como "demasiado, demasiado pronto", que se refiere a una atención antes, durante y después del parto que es excesiva, innecesaria, inapropiada y posiblemente incluso dañina⁸. Es un extremo de la atención de maternidad, mientras que en el otro extremo se encuentra "demasiado poco y demasiado tarde".

Las Unidades dirigidas por matronas (MU) promueven la atención, la elección, el control y la continuidad de la atención centrada en las mujeres y, desde una perspectiva feminista, contrarrestan la cultura de atención predominante en hospitales especializados donde se valora un alto nivel de prácticas de parto tecnológicas y medicalizadas, emblemáticas del patriarcado⁹.

La evidencia anecdótica sugiere que los esfuerzos de base de las matronas, que han sido testigos del abuso y la falta de respeto generalizados hacia las mujeres en los centros obstétricos y la falta de atención basada en la evidencia, están impulsando el cambio hacia las MLU en los hospitales (o independientes)¹⁰.

Es una evidencia, incluso para nosotras que empezamos nuestra carrera profesional como matronas, que nos enfrentamos a dificultades para facilitar el parto normal en unidades obstétricas jerarquizadas, como en nuestro caso y en España en general, donde la superioridad jerárquica del residente por su condición de médico, en cualquiera de los años (1-4) de su formación para la especialización en Obstetricia y Ginecología por encima de la de la matrona, es un problema ya que ni en el último año de su formación médica llega a adquirir el conocimiento del parto ni la experiencia de la mayoría de las matronas con más trayectoria profesional del área; esta afirmación no es exclusiva de las matronas, de hecho hemos encontrado afirmaciones en el mismo sentido. Por ello, a la atención por matronas al parto normal se ha ido marginando en favor de la atención intervencionista e innecesaria¹¹⁻¹³.

Esta imposibilidad de las matronas para utilizar sus habilidades como matronas en un hospital se ha identificado como una fuente de frustración y estrés¹⁴.

Las relaciones, las habilidades de partería, la confianza en un parto normal y un ambiente colegiado de apoyo que fomente la autonomía de la matrona son elementos clave para su capacidad de promover un parto normal en una unidad dirigida por parteras¹⁵.

Objetivo

Ofrecer una guía con las recomendaciones más actualizadas para la implementación de una Casa de Partos o de Nacimientos, en nuestro caso y tras la experiencia formativa, en la comunidad autónoma de Cantabria, pero extensible a cualquier otra comunidad en que esta necesidad desee ser implementada.

Metodología

Revisión de la literatura científica relacionada con esta modalidad de asistencia y las recomendaciones de los organismos científicos relacionados con la atención al parto normal, así como las Directivas Europeas traspuestas al derecho español sobre cualificación de las matronas.

Desarrollo de la guía

Siguiendo las recomendaciones de diferentes guías y organismos científicos, así como la Directiva europea¹⁶, es la matrona el profesional idóneo para la atención de mujeres de bajo riesgo gestacional durante el embarazo y todo el proceso del nacimiento. Dichas recomendaciones se extienden durante todo el trabajo de parto, es decir, durante la dilatación, expulsivo y alumbramiento, la atención inmediata al recién nacido (y hasta los 28 días de vida) y a la mujer después del parto^{7,17,18}.

En esta guía, se recogen las principales recomendaciones para la atención al parto natural y fisiológico, que se precisan para brindar cuidados de calidad, atendiendo a la evidencia científica actualizada, en una casa de partos hospitalaria o centro de nacimiento.

Los profesionales implicados directamente son matronas y auxiliares de enfermería. Indirectamente, se considera profesional implicado todo aquel del que se precise intervención o derivación si el proceso se desvía de los criterios de normalidad.

Recomendaciones generales durante todo el proceso^{5,7}

- Atención respetuosa, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de la mujer y su acompañante, preservando en todo momento su intimidad.
- Comunicación efectiva y apoyo continuo por un profesional de referencia. El modelo de atención será siguiendo la ratio 1:1 entre matrona y mujer gestante. También será una ratio 1/1 auxiliar por cada mujer gestante.
- Continuidad asistencial prenatal, durante el parto y posnatal.

- Procurar y facilitar el acompañamiento continuo por una persona de elección de la paciente, que podrá estar presente y ser partícipe del proceso en todo momento.

Ingreso

Se recomienda indicar el ingreso de una mujer en función de los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión⁵:** inicio de parto espontáneo con diagnóstico de FASE ACTIVA DE PARTO (borramiento cervical completo, dilatación de 5 centímetros y presencia de dinámica uterina regular dolorosa). Ausencia de ningún criterio de exclusión.
- **Criterios de exclusión^{19,20}:**
 - Previos al inicio del trabajo de parto: índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m², estados hipertensivos del embarazo o hipertensión previa, diabetes mellitus o diabetes gestacional, hipertiroidismo, enfermedades cardiovasculares o renales, crecimiento intraútero retardado, parto pretérmino (< 37 semanas) o cronológicamente prolongado (> 42 semanas), embarazo múltiple, presentación no cefálica, perfil biofísico anormal, infección intraútero, parto inducido, cesárea anterior o cirugía uterina con entrada en cavidad, alteraciones hematológicas y de la coagulación, fiebre materna o hemoglobina < 8,5 mg/dl, multiparidad > 4 partos.
 - Durante el trabajo de parto: líquido amniótico meconial, hiperdinamia, falta de progresión del parto (utilizando como medida el partograma establecido por la OMS), alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, analgesia epidural.
 - Situaciones que deberían valorarse de forma individualiza, antes del inicio de trabajo de parto: hemoglobina entre 8,5-10,5 gr/L sin sintomatología, desgarro vaginales o perineales de III o IV grado en partos previos que no precisaron resolución quirúrgica y ausencia de sintomatología relacionada en la actualidad, IMC entre 30-35 kg/m².
 - Cualquier otro criterio o desviación de la normalidad contemplado previamente o durante el proceso.
- **Actividades al ingreso de la mujer en la unidad y durante el trabajo de parto^{19,21}:**
 - Canalización de vía venosa periférica de gran calibre (18 o 16G) en aquellas mujeres portadoras de estrep-tococo grupo B o con ruptura espontánea de membranas > 18 horas de evolución. Si no cumple estos supuestos, se pondría lo mas próximo al expulsivo.
 - Revisión de historia personal y obstétrica de la mujer gestante: controles, ecografías, analíticas, etc.
 - Toma de constantes maternas.

- Revisión del plan de parto y preferencias de la mujer y acompañante.
- Determinar la estática fetal y realizar auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

Dilatación

- No se ha establecido una duración determinada del periodo activo de la dilatación, por lo que no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y la madre. Valoración de la progresión de este mediante partograma propuesto por la OMS (Imagen 1).
- Evaluación del bienestar fetal: se recomienda auscultación intermitente mediante Doppler o registro cardiotocográfico (RCTG)^{5,21,22}.
- Tacto vaginal a intervalos de 4 h para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo^{5,23}.
- Constantes maternas cada 4 h^{5,21}.

- Alivio del dolor: se utilizarán métodos no farmacológicos en función del deseo de la mujer gestante y sus necesidades (técnicas de relajación, masajes, calor local, inyecciones de agua estéril, baños/duchas de agua caliente, óxido nitroso, etc.)^{5,6,19}.
- Se fomentará y facilitará el movimiento y la deambulación, utilizando si es preciso dispositivos o diferentes lugares (pelota de Pilates, sillón, lianas, etc.)^{5,6,19,24}.
- Se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, no siendo recomendado el uso de fluidos intravenosos^{5,25}.

Expulsivo

- Se recomienda que la mujer adopte la posición de elección que le resulte más confortable^{5,24}.
- Se debe alentar a la mujer a pujar siguiendo su propia necesidad de hacerlo^{5,26}.
- Se recomienda utilizar técnicas de protección perineal y facilitar el nacimiento espontáneo mediante manejo activo del periné, así como el uso de compresas tibias⁵.

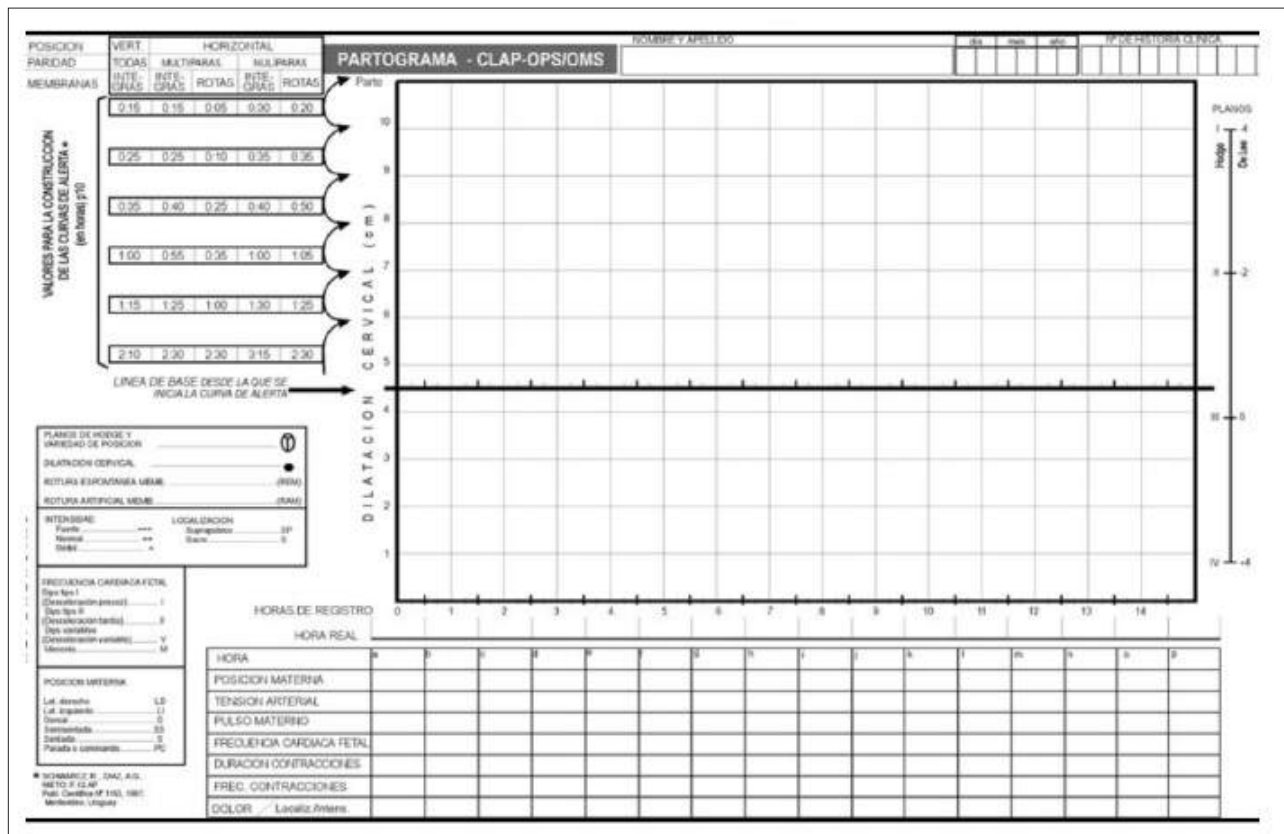


Imagen 1. Partograma

Alumbramiento^{5,7,19}

- Se recomienda alumbramiento dirigido con 10 UI de oxitocina IV o IM para la prevención de hemorragia posparto.
- Se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical si se considera que una reducción en la pérdida sanguínea puede ser importante.
- Se recomienda pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de un minuto después del nacimiento), y si es posible, pinzamiento óptimo (cuando el cordón se ha colapsado por completo).
- Reparación perineal si precisa. Tacto rectal para comprobar la integridad de las mucosas.

Atención al recién nacido^{5,7,19,21}

- Se recomienda el inicio inmediato del contacto piel con piel con la madre, únicamente secando y tapando al recién nacido, que será puesto sobre el abdomen desnudo de su madre inmediatamente tras el nacimiento y sin pinzar el cordón umbilical. Se mantendrá ininterrumpido durante al menos 2 h.
- Si se desea lactancia materna, se recomienda iniciar tan pronto como sea posible, favoreciendo un agarre espontáneo del pecho.
- Vitamina K: se recomienda administrar a todos los recién nacidos 1 mg vía intramuscular después de la primera hora de vida, sin interferir en el establecimiento del vínculo madre-hijo.

Puerperio inmediato^{5,7,19,21}

- Evaluación del estado materno: constantes, palpación de la altura del fondo uterino y contracción, grado de hemorragia vaginal a las 2 h del parto.
- Evaluación del recién nacido: estado general, establecimiento de la lactancia y contacto piel con piel.

Conclusiones

- Las matronas están perfectamente cualificadas legal y profesionalmente para la atención al parto normal sin circunscribirse únicamente a la atención hospitalaria, sino que pueden prestar su atención en unidades independientes dirigidas por matronas.
- La atención prestada por matronas en unidades extra-hospitalarias (o independientes) mejorarán la satisfacción de las usuarias, ofrecen una atención al parto y nacimiento no intervencionista y permiten a las matronas desarrollar todas sus competencias en el parto normal sin injerencias por parte de los obstetras.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Jorrín Bengoechea C, Pérez González M, Mínguez Sánchez J, Valderrama Álvarez C, González Fernández A. Diseño mixto para el análisis de las motivaciones de mujeres y profesionales para la implementación de una casa de partos. *Matronas Hoy* [internet] 2024 [citado 8 jul 2024]; 12(1):6-23. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/283/disenio-mixto-para-el-analisis-de-las-motivaciones-de-mujeres-y-profesionales-para-la-implementacion-de-una-casa-de-partos/>
2. Asociación Española de Matronas, Hospital Clínico de Madrid, Univ. Estadual de Campinas (Brasil), Universidad Complutense de Madrid. Seminario Internacional Complutense (Madrid) "Nuevas perspectivas en la atención al parto de bajo riesgo". AEM [internet] [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/congresos-2/congresos-asociacion-2/>
3. Asociación Española de Matronas (AEM). La carta de Madrid. AEM [internet] 2005. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2024/04/LA-CARTA-DE-MADRID.pdf>
4. Asociación Española de Matronas (AEM). Declaración de posición: misión, visión y valores [internet]. Madrid: AEM; 2006. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/01/Declaracion-de-Posicion.pdf>
5. OPS-OMS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE [internet] 2007. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia_nice_intraparto_uk_2007.pdf
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/>

- areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf
8. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016 Oct 29; 388(10056):2176-92.
 9. Keating A, Fleming VE. Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*. [internet] 2009 Oct [citado 8 jul 2024]; 25(5):518-2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613807001131?via%3Dihub>
 10. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Ann Glob Health*. [internet] 2020 Apr 28 [citado 8 jul 2024]; 86(1):44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7193683/#B17>
 11. Shallow H. Teams and the marginalization of midwifery knowledge. *British Journal of Midwifery* [internet] 2001 [citado 8 jul 2024]; 9(3). Disponible en: <https://www.magonlineibrary.com/doi/epdf/10.12968/bjom.2001.9.3.8004>
 12. Hyde A, Roche-Reid B. Midwifery practice and the crisis of modernity: Implications for the role of the midwife. *Social Science & Medicine* [internet] 2004 [citado 8 jul 2024]; 58:2613-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953603004842>
 13. Najmabadi K, Ghazi-tabatabaie M, Vedadhir A, Sedigh M, Sedigheh S. The marginalisation of midwifery in medicalised pregnancy and childbirth: a qualitative study. *British Journal of Midwifery*. [internet] 2020 [citado 8 jul 2024]; 28:768-76. Disponible en: <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/the-marginalisation-of-midwifery-in-medicalised-pregnancy-and-childbirth-a-qualitative-study/>
 14. Mackin P, Sinclair M. Labour ward midwives' perceptions of stress. *J Adv Nurs*. [internet] 1998 May [citado 8 jul 2024]; 27(5):986-91. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1998.00571.x?sid=nlm%3Apubmed>
 15. Remvik-Larsen L, Gran AMW, Dahl B. Midwives' experiences of facilitating normal birth in midwifery-led units in Norway: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. [internet] 2023 [citado 8 jul 2024]; 7:40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10711833/>
 16. Diario Oficial de las Comunidades Europeas: Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas. *Diario Oficial* [internet] n° L 033 de 2 de noviembre de 1980 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX:31980L0155>.
 17. 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) [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
 18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf
 19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE [internet] 2014 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-womenand-babies-pdf-3510986644755>
 20. Harding C. Planning place of birth (Intrapartum Care) guideline (GL887). Royal Berkshire [internet] 2020 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://www.royalberkshire.nhs.uk/Downloads/GPs/GP%20protocols%20and%20guidelines/Maternity%20Guidelines%20and%20Policies/Antenatal/Planning_place_of_birth_review_V6.1_GL887_DEC20.pdf
 21. Alcaraz, L, Casadevall L, Díaz-Maroto S, Domínguez P, Franch M, García R, et al. Guía de Asistencia al Parto en Casa [internet] 2018. [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/06/Guia_PartCasa_2018.pdf
 22. Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD008680. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008680.pub2>
 23. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>
 24. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
 25. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
 26. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD009124. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub>

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>



Educación sanitaria al cuerpo de bomberos: asesoramiento para la atención urgente del parto extrahospitalario

¹ Carolina Pérez-Pérez

² Virla Palma-Rivas

³ Francisca Pereira-Flores

³ Rosa Sáez-Silva

⁴ Jenniffer Henríquez-Elgueda

⁵ Lissette Villanueva-Santana

¹ Licenciada en Obstetricia (Matrona). Magíster en Educación mención Gestión de Centros Educativos. Magíster en Intervención Psicológica del Desarrollo y Educación. Académica asistente en la Carrera de Obstetricia. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Providencia, Santiago (Chile).

² Licenciada en Obstetricia (Matrona). Magíster en Salud Reproductiva. Académica Instructora en la Carrera de Obstetricia, Facultad de Ciencias Para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián, Providencia, Santiago (Chile).

³ Licenciada en Obstetricia (Matrona). Coordinadora de Prácticas Clínicas en la Carrera de Obstetricia. Facultad de Ciencias Para

el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Providencia, Santiago, (Chile).

⁴ Licenciada en Obstetricia (Matrona). Coordinadora de Campos Clínicos y Hospital de Simulación. Carrera de Obstetricia. Facultad de Ciencias Para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián, Providencia, Santiago (Chile)

⁵ Licenciada en Obstetricia (Matrona). Magíster en Salud Pública. Gestión. Académica instructora en la Carrera de Obstetricia. Facultad de Ciencias Para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Providencia, Santiago (Chile)

E-mail: carolina.perez@uss.cl

Fecha de recepción: 20 de mayo de 2024.

Fecha de aceptación: 26 de junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Pérez-Pérez C, Palma-Rivas V, Pereira-Flores F, Sáez-Silva R, Henríquez-Elgueda J, Villanueva-Santana L. Educación sanitaria al cuerpo de bomberos: asesoramiento para la atención urgente del parto extrahospitalario. *Matronas Hoy* 2024; 12(2):21-7.

Resumen

Introducción: a pesar de que la mayoría de partos y nacimientos en España son atendidos por personal cualificado, matronas y obstetras, puede darse la circunstancia de que alguno de ellos se presente en medio extrahospitalario requiriendo atención urgente. El personal conocido globalmente como primeros actuantes podrían verse obligados a actuar. Por ello, debería de ser un colectivo diana para la formación específica en una serie de maniobras como en el caso del manejo del parto, que redundaría positivamente en el binomio materno-fetal.

Objetivo: evaluar la satisfacción de los bomberos asesorados, respecto del curso; atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario, curso diseñado e implementado por la carrera de obstetricia (matronas/es), sede Santiago de la Universidad San Sebastián el año 2023.

Método: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 41 bomberos de Chile. Se creó un curso teórico práctico específico según las necesidades de los bomberos en el que se realizó evaluación para la aprobación y obtención de diploma. La satisfacción de los bomberos se evaluó mediante un instrumento utilizado por la Universidad San Sebastián para medir la satisfacción de actividades de extensión con relación a las actividades de vinculación con el medio (VcM).

Resultados: en el ítem grado de relevancia de la actividad, el 75,61% de los bomberos indica la pertinencia de la actividad como "excelente" y un 21,95% como "satisfactorio". Así también, un 90,24% de los bomberos asesorados refiere estar "completamente de acuerdo" y un 2,44% "de acuerdo" con el ítem "Los asesores fueron claros en la entrega de los contenidos".

Conclusión: los bomberos que participaron del asesoramiento presentaron un alto grado de satisfacción, respecto a la experiencia de capacitación teórico-práctica; Atención del parto de urgencia con enfoque prehospitalario.

Palabras clave: asesoramiento de urgencias médicas; educación sanitaria; bomberos; parto extrahospitalario; matronas.

Abstract

Health education for the fire brigade: training for emergency care of delivery in the community

Introduction: even though the majority of deliveries and childbirths in Spain are managed by qualified staff, midwives and obstetricians, there can be cases when these occur in a community setting, requiring emergency care. The staff internationally known as First Responders could be forced to act. Therefore, this should be a target group for specific training on a set of manoeuvres such as management of delivery, which would have a positive impact on mother and foetus.

Objective: to assess the satisfaction of those firefighters who received training, in terms of a course for management of emergency deliveries with pre-hospital approach; this course was designed and implemented by the Obstetrics Degree (midwives), in the Santiago headquarters of the Universidad San Sebastián in 2023.

Method: a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 41 firefighters from Chile. A specific theoretical-practical course was created according to the needs of the firefighters, with an evaluation for approval and diploma obtainment. The satisfaction by firefighters was evaluated through an instrument used by the Universidad San Sebastián to measure the satisfaction with extension activities regarding activities for link with the environment

Results: in the Level of Relevance of the Activity item, 75.61% of firefighters stated that the relevance of the activity was "excellent", and 21.95% that it was "satisfactory". Likewise, 90.24% of the firefighters reported "complete agreement", and 02.44% reported "agreement" with the item "Trainers were clear in terms of delivery of contents".

Conclusion: the firefighters who participated in this training presented a high level of satisfaction regarding the experience of the theoretical-practical training for Emergency Delivery Management with a Pre-hospital Approach.

Key words: training for medical emergencies; health education; firefighters; delivery in the community; midwives.

Introducción

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señaló que los profesionales calificados para la atención de partos dependiendo del país son médicos, personal de matronería o enfermería, ya que se trata de profesionales competentes en salud materna y neonatal educados, capacitados y regulados según las normas nacionales e internacionales^{1,3,5}. En América Latina y El Caribe, en el año 2021 el porcentaje de atención de partos atendidos por profesionales fue de 95,7%, en comparación con Chile donde, desde los años 1993 hasta el 2021, el 99,8% de los partos fue atendido por profesionales calificados ginecólogos/as y matron/as⁵.

En Chile, la atención de partos fisiológicos, de vértice y espontáneos en el sistema público, está a cargo de los profesionales de la matronería desde 1834^{1,2}. El código sanitario proporciona a los profesionales de la matronería independencia en el rol, favoreciendo el desarrollo de la profesión y la toma de decisiones en la atención a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las mujeres, así como atención neonatal hasta los 28 días³. La carrera de Obstetricia tiene una duración de 10 semestres e incluye instrucción en Educación para la Salud, Gestión, Ginecología, Obstetricia, Neonatología y Salud Pública. Los estudiantes obtienen una licenciatura en Obstetricia y el título profesional de Matrona o Matró³.

Con relación al número de nacimientos en Chile, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el último año de registro, el 2021 hubo un total de 177.255 nacidos vivos⁴. Según (INE) se entiende por nacimiento a la "expulsión o la extracción completa desde el cuerpo de la madre de un producto de la concepción que después de la separación, respire o manifieste cualquier signo de vida, tal como palpación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de un músculo voluntario, haya o no sido cortado el cordón umbilical, y esté o no unida la placenta independientemente de la duración de la gestación. Todo producto de tal nacimiento es considerado como nacido vivo"⁴.

Expuesto lo anterior, existe un porcentaje de partos que por distintas variables no es atendido por profesionales, generando la atención de partos rápidos en entornos distintos a los centros de salud especializados, esto siempre es una situación estresante por dos razones fundamentales; una es que las personas involucradas en la atención están acostumbradas a la atención médica de emergencia que reciben. Por lo general, no hay expertos en atención obstétrica y su manejo y, en segundo lugar, si el parto es inminente en tal escenario, la vida tanto de la madre como del recién nacido puede estar en riesgo si no se toman medidas rápidas y seguras. Un número menor de expulsivos de urgencia son atendidos por bomberos u otra persona no

capacitada, por consiguiente, se hace necesario asesorar sobre la atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario, ya que esto beneficia a las mujeres gestantes como a los recién nacidos^{6,7}.

El "ABC" (Ambulancia, Bombero, Carabinero) es el sistema de emergencia encargado de la atención prehospitalaria de cualquier situación médica que requiera de pronta atención antes de la llegada a un centro asistencial. Para efectos de este artículo se abordará la experiencia de capacitación para los voluntarios de bomberos.

El Cuerpo de Bomberos de Chile tiene sus orígenes en Valparaíso, fundado el 30 de junio de 1851. La misión de esta institución se orienta hacia la búsqueda de la docencia, la investigación, la capacitación, la promoción de la seguridad ciudadana y el desarrollo de un servicio voluntario bomberil eficiente. La institución se encarga de la seguridad ciudadana, la extinción de incendios, el rescate de personas durante siniestros, y la atención de accidentes de tránsito, entre otras funciones⁷.

En este contexto, el Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) realizó la entrega de un paquete de parto de atención prehospitalaria, a los bomberos de la compañía Bomba Macul, por lo que solicitaron una capacitación de la carrera de Obstetricia, sede Santiago, para brindar las herramientas necesarias en la atención del parto de urgencia extrahospitalario.

Objetivo

Evaluar la satisfacción de los bomberos asesorados, respecto del curso; Atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. La población fue de 41 bomberos participantes de la capacitación y la muestra estuvo constituida por los mismos 41 bomberos.

La investigación se realizó en el marco del asesoramiento a bomberos con relación a la atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario, como objetivo general; permitir a bomberos ejecutar la atención de parto prehospitalaria en una mujer gestante de término en simulador de baja fidelidad.

Programa teórico práctico del curso

Se creó un programa del curso individualizado a las necesidades técnicas de bomberos, dado que deben estar en constante entrenamiento al ser la primera línea de

respuestas efectiva frente a una emergencia; brindando atención oportuna según sus posibilidades⁸. El programa en modalidad presencial tuvo por objetivos específicos; conocer aspectos básicos de la atención prehospitalaria de un parto de vértice espontáneo, realizar práctica simulada para la adquisición de habilidades en la atención de un parto de vértice espontáneo en una situación de urgencia médica, abordando los siguientes temas con clases teóricas para desarrollar los contenidos básicos (Imagen 1):



Imagen 1. Clases teóricas impartidas por las matronas a los bomberos

- Clase 1 Introducción a la atención prehospitalaria de parto; Conceptos claves, edad gestacional, contracción uterina, auscultación de latidos.
- Clase 2 Atención procedimental del parto en situaciones de emergencia, posterior al desarrollo de las clases teóricas I y II, se realizó la práctica con un simulador de parto de baja fidelidad, evaluando los pasos a seguir con una pauta de cotejo, estrategia de aprendizaje adecuada para mejorar la adquisición de las habilidades técnicas sin provocar daño a las personas⁹⁻¹¹.

Evaluación del curso

Para la evaluación del curso se aplicó un caso clínico grupal atingente a la realidad de bomberos con una ponderación del 50% y la evaluación práctica individual con un simulador de baja fidelidad de atención de parto (50%) (Tabla 1), posterior a la evaluación y entregó la certificación (Imagen 2).

Para evaluar la satisfacción de los voluntarios de bomberos se aplicó un instrumento confeccionado y validado por la unidad de Vinculación con el Medio de la Universidad San Sebastián (VcM), que constó de seis ítems corres-

Tabla 1. Pauta de cotejo de procedimiento de atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario				
N°	Criterio observado	Puntaje	SÍ	NO
1	Llama a centro asistencial o solicita ambulancia	1		
2	Se presenta con la mujer gestante y/o acompañante y los tranquiliza	1		
3	Solicita carné de control de embarazo para revisar datos y edad gestacional o consulta dato a la mujer gestante	1		
4	Explica el procedimiento a la mujer gestante y/o acompañante	1		
5	Se coloca guantes de procedimientos o estériles	1		
6	Coloca campo de protección ropa de la mujer gestante o del maletín de atención de parto	1		
7	Protege periné con compresa mientras enlentece salida de la cabeza fetal	2		
8	Evalúa presencia de cordón umbilical en cuello fetal	2		
9	Acompaña rotación externa de la cabeza	1		
10	Asiste la salida del hombro anterior y posterior para la salida del cuerpo fetal	1		
11	Evalúa llanto y bienestar de recién nacido	2		
12	Deja al recién nacido en pecho materno piel con piel, abrigándolo	2		
13	Pinza y secciona cordón umbilical de manera correcta (espera 2 minutos o el cese del latido en el cordón)	2		
14	Verifica llegada o insiste en referencia a un centro asistencial	1		
15	Asiste el alumbramiento de manera fisiológica esperando los tiempos según paridad de la mujer gestante	1		
16	Evalúa la placenta que esté completa	1		
17	Evalúa presencia de hemorragia patológica	1		
	PUNTAJE TOTAL DE LA PAUTA	22		
	Puntaje total obtenido (SÍ)			



Imagen 2. Entrenamiento práctico de parto de vértices espontáneo con simulador de baja fidelidad

pondientes a variables cualitativas ordinales, con respuestas en formato Likert (bajo, suficiente, satisfactorio, alto, excelente) para la dimensión Evaluación de los contenidos desarrollados y con "completamente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, completamente de acuerdo" para la dimensión Evaluación general del curso (Tabla 2).

Al finalizar la capacitación, se envió la encuesta vía correo electrónico con el respectivo consentimiento informado, explicando los objetivos, alcances, voluntariedad, confidencialidad y anonimato de su participación. A los bomberos que aceptaron participar se les envió un enlace vía correo electrónico con la encuesta de satisfacción.

Análisis de datos y variables

Para el análisis de datos de la evaluación de la satisfacción de la experiencia de asesoramiento con relación a la atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario, se consideró como variable independiente el asesoramiento y la variable dependiente fue la satisfacción. La medición fue mediante los seis ítems del instrumento (variables cualitativas ordinales expresadas en frecuencias absolutas y relativas). El análisis de datos cuantitativos consideró estadísticos de tendencia central, utilizando el programa Stata 15^o.

Tabla 2. Cuestionario de evaluación de satisfacción de los bomberos voluntarios sobre capacitación para la atención de parto de urgencia con enfoque prehospitalario

Ítems	Excelente		Alto		Satisfactorio		Suficiente		Bajo	
	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)
Dimensión Evaluación de los contenidos desarrollados										
1. Grado de relevancia para la actividad	75,61	31	02,44	01	21,95	09	0	0	0	0
2. Aplicabilidad directa para el ámbito personal y/o laboral	65,85	27	09,76	04	24,39	10	0	0	0	0
3. Distribución y orden de los temas	73,17	30	04,88	02	21,95	09	0	0	0	0
Ítems	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Neutral		En desacuerdo		Completamente en desacuerdo	
	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)
Dimensión Evaluación general del curso										
4. Se cumplió con el horario indicado	70,73	29	19,51	08	04,88	02	04,88	02	0	0
5. Se resolvieron las preguntas realizadas	85,37	35	07,32	03	02,44	01	0	0	0	0
6. Los expositores fueron claros en la entrega de los contenidos	90,24	37	02,44	01	07,32	03	0	0	0	0

Nota: frecuencia absoluta (fi)

Resultados

De un universo de 41 bomberos capacitados que cursaron la asesoría, 41 voluntarios aceptaron participar de la investigación, correspondiente a 100% del universo. En general, la valoración fue positiva como se refleja en la Tabla 2. Los principales resultados por dimensión se detallan a continuación.

En la dimensión Evaluación de los contenidos desarrollados un 75,61% (n= 31) de los bomberos indica que es "excelente" y un 21,95% (n= 09) que es "satisfactorio" con el ítem "Grado de relevancia de la actividad". Así también, un 65,85% (n= 27) de los bomberos considera "excelente" y un 24,39% (n= 10) "satisfactorio" con qué "Aplicabilidad directa en el ámbito personal y/o laboral". Asimismo, un 73,17% (n= 30) de los bomberos señala estar "excelente" y un 21,95% (n= 09) "satisfactorio" con la "Distribución y orden de los temas".

Respecto a la dimensión Evaluación general del curso, un 70,73% (n= 29) de los bomberos indica estar "completamente de acuerdo" y un 19,51% (n= 08) "de acuerdo" con el ítem "Se cumplió con el horario indicado". Por otra parte, un 85,37% (n= 35) de los bomberos señala estar "completamente de acuerdo" y un 7,32% (n= 03) "de acuerdo" con que "Se resolvieron las preguntas realizadas". Así también, un 90,24% (n= 37) de los estudiantes refiere estar "completamente de acuerdo" y un 2,44% (n= 01) "de acuerdo" con el ítem "Los expositores fueron claros en la entrega de los contenidos".

Discusión y conclusiones

- Los bomberos asesorados mostraron alto grado de satisfacción respecto a la utilidad de los conocimientos adquiridos, así como la práctica con estrategia de simulación durante la capacitación, este resultado coincide con otros estudios como el de Altamirano et al.⁹ que establecen que la estrategia de simulación fortalece la adquisición de habilidades técnicas, lo que aumentó la satisfacción de los estudiantes en la formación de la atención de partos; así mismo, Díaz et al.¹⁰ obtuvieron respuestas positivas por parte de los internos de medicina que realizaron simulaciones de atención de parto fisiológicos en el entrenamiento de habilidades clínicas. Del mismo modo, Jara et al.¹¹ concluyeron que la simulación ayuda a integrar teoría y práctica, ya que la interacción con la simulación mejora la competencia clínica. Realizar este tipo de experiencias en escenarios simulados y en un ambiente protegido, al igual que Herrera et al.¹² consideró que la simulación clínica era una herramienta de aprendizaje significativa, que fortalece habilidades en la que los evaluados consideraron la experiencia de aprendizaje como agradable e informativa.

- En la dimensión Evaluación de los contenidos desarrollados, el grado de relevancia de la actividad y la aplicabilidad directa en el ámbito personal y/o laboral, Barrantes et al.¹³ señalan que la importancia de la capacitación del cuerpo de bomberos en la eficacia de la respuesta a emergencias y la mejora en la atención a situaciones críticas como lo es la atención del parto de urgencia, al igual que Boccolini et al.¹⁴ que concluye que la capacitación influye en el rendimiento laboral y la eficacia de los bomberos voluntarios en situaciones de emergencia; misma línea que Bärtschi et al.¹⁵, ya que destaca la importancia de la educación continua en el ámbito de la salud de emergencia para mejorar la atención y reducir riesgos en pacientes críticos.
- Respecto a la dimensión Evaluación general del curso, Altamirano et al.⁹ establecen que el docente facilita la autorreflexión, aumenta la motivación y disminuye la distancia entre la situación actual en la que se encuentra el aprendiz y la situación ideal a la que debe llegar, siempre y cuando posea una preparación técnica adecuada., asimismo Jara et al.¹¹ concluyó que el 100% de los estudiantes de su estudio estuvo "muy de acuerdo" con que el docente está capacitado para dirigir el escenario, mejorando la calidad de la enseñanza utilizando la estrategia de simulación. En conclusión, los bomberos presentaron un alto grado de satisfacción respecto del asesoramiento de la atención de parto de urgencia en contexto prehospitalario.
- Por parte de las matronas/es, dieron cumplimiento a una tarea primordial, que es la de la atención a la educación sanitaria, en esta ocasión, la capacitación específica sobre temas sanitarios para equipos de primera intervención, como el caso de los bomberos en la atención al parto extrahospitalario, en el que pueden verse involucrados excepcionalmente, por lo que unas nociones básicas pueden mejorar el parto y nacimiento acaecido de forma urgente fuera del hospital y sin profesionales específicamente cualificados para la asistencia, como matronas/es y obstetras.
- De otro lado, los bomberos adquirieron habilidades mínimas sobre la asistencia al parto extrahospitalario que personalmente les ayuda a reducir su carga de estrés ante la hipotética circunstancia de tener que prestar este tipo de asistencia.

Limitaciones al estudio

Respecto a las limitaciones metodológicas de esta investigación, la técnica de muestreo no probabilístico si bien es un método rápido, económico y conveniente, se basa en la accesibilidad y cercanía de los participantes. Además, esta metodología conlleva una menor representatividad de

la población blanco, comparado con la realización de un muestreo de tipo probabilístico, por lo que no es posible generalizar resultados a poblaciones similares y deja circunscrita las conclusiones al contexto particular de este estudio¹⁶. Por otro lado, hubiera sido ideal estandarizar el curso de atención prehospitalaria del parto para bomberos de otras comunas, pero debido a limitaciones económicas y de tiempo no fue posible.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Agradecimientos

A los bomberos de la compañía, Bomba Macúl por el interés y entusiasmo al momento de participar. Nuestro reconocimiento para la Sra. Clementina Yáñez, por apoyar la gestión de esta iniciativa.

Bibliografía

- Muñoz LC. Formación profesional de la matrona/matron en Chile: años de historia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2020; 85(2):115-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262020000200115>
- Binfa L, Pantoja L, Gonzalez H, Ransjö-Arvidson A-B, Robertson E. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. *Midwifery* 2011; 27(4):417-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.009>
- Lillo E, Oyarzo S, Carroza J, Román A. Midwifery in Chile - A successful experience to improve women's sexual and reproductive health: Facilitators & challenges. *Journal of Asian Midwives*. [internet] 2016 [citado 5 jul 2024]; 3(1):63-9. Disponible en: <https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=jam>
- INE (Chile). Estadísticas vitales [internet]. [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>
- Consenso de Montevideo sobre Oblación y Desarrollo. Plataforma de seguimiento regional. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado (Indicador 3.1.2 de los ODS). Cepal.org [internet] [citado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://consensomontevideo.cepal.org/es/indicadores/proporcion-de-partos-con-asistencia-de-personal-sanitario-especializado-indicador-312>
- Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Briebe-del Río P, Vázquez-Lara D, Rodríguez-Díaz L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2018 [citado 5 jun 2024]; 92:4. Disponible en: https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15250/Asistencia_al_parto.pdf?sequence=2
- Pakarati M. Bomberos de Chile, voluntarios profesionales (Doctoral dissertation). 2007.
- Corrêa C, Falcão AG, Pereira da Silva BA, Martins W, Beça LM, Melo Neto AA. Firefighting: intensive training and improvement in air consumption in self-contained breathing apparatus (SCBA): Combate a incendio: el entrenamiento intensivo y la mejoría en el consumo de aire en equipo de protección respiratoria. *Concilium* 2023; 23(13):127-33. doi: <http://dx.doi.org/10.53660/clm-1540-23h61a>
- Altamirano Droguett JE, Álvarez Álvarez M, Meriño Carrizo C, Olivares Arancibia C, Rivera Aguirre A, Morales Aguirre G. Percepción de estudiantes de Obstetricia y Puericultura sobre el uso de simulación clínica en su formación. *Revista Electrónica de Investigación en Docencia Universitaria* 2023; 5(1):1-43. doi: <http://dx.doi.org/10.54802/r.v5.n1.2023.119>
- Díaz-Reiher E, Mora-Mourguiart MM, Fuentes-Lombardo V, Sepúlveda-Camhi V, Latorre-Riquelme R, Armijo-Rivera S. Percepción de la simulación en obstetricia y ginecología en el pregrado y posgrado de una universidad privada chilena. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2023; 88(2). doi: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.22000075>
- Jara Rosales SF, Villanueva R, Pérez Pérez C, Godoy Guzmán C, Fernández J, Sepúlveda Gotterbarm J. Percepción de estudiantes de tercer año de la carrera de obstetricia de la Universidad San Sebastián sobre el escenario simulado "eritrofresis neonatal". *MatActual* 2020; (1). doi: <http://dx.doi.org/10.22370/rev.mat.1.2020.2172>
- Herrera N, Vargas Molina CA, Becerra NG. Fortalecimiento de la simulación clínica como herramienta pedagógica en enfermería: experiencia de internado. *Revista Cuidarte*. [internet] 2015 [citado 5 jul 2024]; 6(1):970-5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000100013
- Barrantes Campos E, Romero Hinostroza A. Capacitación y Entrenamiento del Bombero y su incidencia en la atención de emergencias. Tesis de Grado 2015. Universidad Peruana de las Américas [internet] [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/457098077/CAPACITACION-Y-ENTRENAMIENTO-DEL-BOMBERO-Y-SU-INCIDENCIA-EN-LA-ATENCION-DE-EMERGENCIAS>
- Boccolini E. La capacitación y su impacto en el desempeño laboral del personal de la Compañía de Bomberos Voluntarios XVI. Tesis de Grado. Universidad Ricardo Palma. Facultad de

Ciencias Económicas y empresariales. Escuela Profesional de Administración y Gerencia. [Tesis] 2020. [citado 5 jul 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3595/ADM-T030_44738241_T%20%20EL%c3%8dAS%20BOCCOLINI%20DANIELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Bärtschi Gabatz RI, Dias Pilenghi S, Marten Milbrath V, Hirschmann B, Hirschmann R. Atualização dos profissionais e

atuação do núcleo de educação permanente no serviço de urgência. *Rev Bras Pesqui em Saúde/Braz J Health Res* 2021; 22(3):88-97. doi: <http://dx.doi.org/10.47456/rbps.v22i3.25889>

16. Elfil M, Negida A. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. *Emerg (Tehran)*. [internet] 2017 [citado 5 jul 2024]; 5(1):e52-e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325924/pdf/emerg-5-e52.pdf>

Pandemia covid-19 como desencadenante de depresión en mujeres gestantes (2020-2022)

¹ Felipe Calderón Canales
² Nicol Berrios Castañeda
² Catalina Hernández Jorquera
² Fernanda Herrera Portales
² Scarleth Nanjari Cortés

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

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

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

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 27 de junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Calderón Canales F, Berrios Castañeda N, Hernández Jorquera, Herrera Portales F, Nanjari Cortés S, Villegas Aravena S. Pandemia covid-19 como desencadenante de depresión en mujeres gestantes (2020-2022). *Matronas Hoy* 2024; 12(2):28-37.

Resumen

Introducción: la gestación presenta para las mujeres un periodo de mayor vulnerabilidad para prevalecer diversas patologías, entre ellas, la depresión perinatal. Se estima que alrededor de una de cada cinco mujeres presentan síntomas depresivos durante este periodo. El contexto de la pandemia covid-19 podría haber influido en la prevalencia de esta patología durante la gestación.

Objetivo: determinar la asociación entre la pandemia y la prevalencia de depresión durante la gestación en la región de Valparaíso, Chile.

Método: estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo de 100 mujeres gestantes durante la pandemia, información obtenida de encuesta de modalidad *online* aplicada a la muestra.

Resultados: edad promedio es de 27,5 años. La mayor parte de la muestra reside en San Antonio con un 17,2% (n= 19) y San Felipe con un 10,9% (n= 12), respectivamente, entre las patologías diagnosticadas en contexto de pandemia (n= 69), el 33,3% presentó un *trastorno de ansiedad* (n= 23), el 30,4% tuvo *depresión* (n= 21) y un 18,8% fue diagnosticada con *no asimilación del embarazo* (n= 13).

Conclusión: la pandemia resultó ser ampliamente causante de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres gestantes. Se sospecha que la disminución de la adherencia a los controles prenatales, podría ser un causante de la carencia del hallazgo oportuno de esta patología.

Palabras clave: gestación; parto; posparto; pandemia covid-19; depresión perinatal; prevalencia; matronas.

Abstract

The COVID-19 pandemic as a trigger for depression in pregnant women (2020-2022)

Introduction: pregnancy represents a period of higher vulnerability for women, due to the prevalence of different conditions, and perinatal depression is one of them. It is estimated that around one in five women will present symptoms of depression during this period. The context of the COVID-19 pandemic could have had impact on the prevalence of this condition during pregnancy.

Objective: to determine the association between the pandemic and the prevalence of depression during pregnancy in the Valparaíso region, Chile.

Method: a quantitative retrospective descriptive study on 100 pregnant women during the pandemic, with information retrieved from an online survey applied to the sample.

Results: the average age was 27.5 years. The majority of the sample lived in San Antonio (17.2%, n= 19), and San Felipe (10.9%, n= 12), respectively. In terms of the conditions diagnosed during the pandemic (n= 69), 33.3% presented anxiety disorder (n= 23), 30.4% had depression (n= 21), and 18.8% was diagnosed with non-internalization of pregnancy (n= 13).

Conclusion: the pandemic was a major cause of depression and anxiety symptoms in pregnant women. It is suspected that the reduction in adherence to prenatal follow-up visits could be a cause for this condition not being found in time.

Key words: pregnancy; delivery; post-delivery; COVID-19 pandemic; perinatal depression; prevalence; midwives.

Introducción

La gestación es definida por la Real Academia Española (RAE) como *"Dicho de una hembra: Llevar y sustentar en su seno el embrión o feto hasta el momento del parto"*¹. La gestación tiene una duración aproximada de 280 días contados desde la última menstruación en una mujer sana². Como se recordará este periodo comienza cuando el óvulo es fecundado en la trompa de Falopio (específicamente en la ampolla) de la mujer y finaliza con el parto-nacimiento. Durante este tiempo, la mujer gestante presenta grandes cambios físicos y emocionales, donde la tranquilidad, el entorno familiar y social son primordiales para evitar que estos cambios se vuelvan preocupantes para su salud y fortalezcan su bienestar físico y mental.

Enfocándonos en la parte emocional, el Dr. J. Martín Maldonado-Durán afirma en su libro *Salud Mental Perinatal* que, *"durante el periodo de gestación los futuros padres tienen el trabajo psicológico de 'volverse' padres y tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida. Uno de los cambios más obvios es que la madre ya no puede pensar solo en sí misma, sino en un 'nosotros' (por lo menos ella y su hijo), y en el caso de que haya un compañero, en 'nosotros' como una familia tradicional"*³. La mujer se encuentra en un periodo de transición, donde se vuelve consciente de que hay otro ser humano formándose dentro de ella, el cual dependerá de sus cuidados.

Desde lo fisiológico, durante el transcurso del embarazo ocurre una serie de fluctuaciones hormonales que influyen en la concentración de diferentes neurotransmisores encargados del control de las emociones, poniendo en riesgo el equilibrio de la salud mental y emocional de la madre.

Debido a estos grandes cambios, uno de los trastornos psicoemocionales más comunes que se pueden presentar en una mujer gestante es la "depresión", la cual también según la RAE es definida como un *"síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos"*⁴.

Se estima que alrededor de una de cada cinco mujeres presentan síntomas depresivos a lo largo de la gestación entre los cuales se incluye dificultad de concentración, irritabilidad, falta de interés por hacer cosas, tristeza, sentimiento de vacío o sentimiento de culpa. Estos síntomas depresivos se pueden presentar en cualquier momento del embarazo; sin embargo, son mucho más frecuentes en el segundo y tercer trimestre. Cuando estos síntomas se presentan de forma persistente y afectando el funcionamiento del día a día, se tratará de una depresión mayor que ocurre en una de cada diez mujeres a lo largo del embarazo o el posparto⁵.

La depresión mayor es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile como *"Una alteración patoló-*

*gica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos dos semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios"*².

Cuando estos trastornos depresivos ocurren dentro del periodo de gestación o hasta 12 meses posparto, se denomina *depresión perinatal*, la cual resulta muy relevante detectar y tratar a tiempo, debido a los riesgos que puede ocasionar no solo a la madre, sino también al feto en gestación.

Depresión en el embarazo

La depresión en el embarazo se ha documentado como la causa más frecuente de incapacidad laboral, además de incluir aspectos como deterioro en el autocuidado y aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, junto con intentos suicidas. Además, se incrementa el riesgo de preeclampsia junto con el incremento en la presentación de complicaciones en el recién nacido, como parto prematuro, deterioro del neurodesarrollo fetal, Apgar con baja puntuación y recién nacidos con baja talla para la edad gestacional⁶. Según un estudio llevado a cabo por la Universidad de Michigan, tanto las mujeres que sufrieron depresión durante el embarazo como sus recién nacidos mostraron aumento de corticotropina, alteraciones en el patrón del sueño, mayor irritabilidad, disminución de las expresiones faciales y mayor riesgo de adquirir apego inseguro. Además, se ha registrado un aumento de las concentraciones de angiotensina II, vasopresina y oxitocina, las cuales están relacionadas con mayor probabilidad de parto prematuro⁶.

Como en toda patología, existen factores de riesgos que aumentan la probabilidad de padecer depresión en una mujer gestante, dentro de los cuales se consideran pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, nivel de escolaridad bajo, vivir en un entorno socialmente inseguro, haber padecido algún cuadro depresivo previo al embarazo (especialmente si este ocurrió dentro de los seis meses anteriores al embarazo), factores genéticos, sufrir violencia física y/o verbal, no tener pareja o tener una situación de pareja mala o irregular, tener un embarazo no deseado ni aceptado, no contar con apoyo afectivo dentro de su entorno, entre otros factores.

La detección precoz de estos factores de riesgo, así como de signos y síntomas de una posible depresión en una mujer gestante es de suma importancia como política pública de cualquier país.

En Chile, en el último tiempo, se le ha otorgado mayor vigilancia a la depresión perinatal, ya que esta se en-

contraba un tanto invisibilizada y mayormente se prestaba atención a la depresión posparto, dejando en desamparo a muchas mujeres gestantes que cursan cuadros depresivos no diagnosticados y mucho menos tratados, comprometiendo a ellas y a sus hijos recién nacidos a los riesgos a que esta patología los expone. Es por esto, por lo que se han establecidos medidas de prevención y detección desde el nivel primario de salud, los cuales incluyen técnicas y herramientas de pesquisa llevados a cabo por el personal de salud calificado durante la atención prenatal.

Las principales técnicas y herramientas que se realizan durante el primer control prenatal en Atención Primaria de salud (APS) incluyen la realización de una anamnesis completa que considere la entrevista perinatal como tal (la cual contempla los sucesos significativos de vida o *life events* que pueden influir durante el embarazo y parto), la aplicación de la Escala de Edimburgo (la cual mide la sospecha de depresión perinatal a través de una puntuación obtenida según las respuestas a 10 preguntas de alternativas) y la aplicación de la Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada (EPsA), la cual corresponde a una pauta promovida por el programa Chile Crece Contigo, que mide el nivel de riesgo psicosocial de la mujer gestante, a través de la detección de factores de riesgo que introducen inequidad en el desarrollo de las personas⁷.

Existen también otras escalas de medición y herramientas de aplicación para la pesquisa de esta patología, las que quedan a criterio del personal de salud, fundamentalmente matronas/es, aplicar, según considere necesarias en cada mujer gestante durante su atención prenatal.

Si bien, las políticas de salud pública en Chile han estado considerando estrategias de prevención, promoción y detección de depresión perinatal, estos últimos años (2020-2022) han presentado un desafío mayor con la presencia de la pandemia por covid-19, puesto que la pandemia en sí ha significado un factor de riesgo para trastornos depresivos en la población general y las mujeres gestantes no están exentas de esta situación, por el contrario, ellas por el solo hecho de ser mujeres (diferentes estudios confirman que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva) y estar gestando (la gestación es un factor de riesgo para diversas enfermedades, entre ellas, patologías psicoemocionales como la depresión y trastorno de ansiedad), presentan una mayor vulnerabilidad ante la prevalencia de depresión.

Senadores de la República de Chile, en colaboración de expertos, analizaron el fenómeno: *Salud Mental en tiempos de COVID: la pandemia que se viene*, publicando sus resultados el 13 de agosto de 2021 a través de la página web oficial del Senado, en los cuales indican que según un sondeo de la ACHS y la UC, un 47% de los encuestados

presenta rasgos de depresión, un 50% cree tener un estado de ánimo mucho peor que antes, y un 43,8% dice haber consultado con un psicólogo o psiquiatra⁸.

Por otro lado, el director del Centro de Salud Digital Saluta, Mauricio Bonilla, especialista en salud mental, reconoció que la depresión y los trastornos de ansiedad son un problema que se ha ido agravando: "*Estamos desbordados en general, es una realidad que no hay psiquiatras para atender a todo el público que lo necesita. Además, hay un tema que tiene que ver en cómo se estructura el sistema*"⁹.

Bonilla además agregó, "*No solo el aislamiento social producto del covid-19, el estrés pospandemia y todo el cambio de la sociedad ha afectado. También el propio coronavirus interviene en el procesamiento o en la captación de la serotonina. Como el coronavirus es una enfermedad final inflamatoria, que origina microinfartos muy pequeños en el cerebro, esto genera un aumento en la cantidad de serotonina lo que provoca ataques de ansiedad y posteriores depresiones*"⁹. Asimismo, el especialista aseguró que "*la depresión es la causa de discapacidad más importante del mundo*"⁹.

Sin duda, la pandemia mundial vivida estos últimos años ha generado que las mujeres gestantes presentaran sentimientos como el miedo, la ansiedad e incertidumbre en mayor proporción de los generados habitualmente. Es comprensible que las futuras madres experimentarían una angustia sobreañadida, ya que el miedo a contagiarse y poder perjudicar a su hijo, es un sentimiento que produce sufrimiento e inseguridad constantes.

Por otro lado, los aspectos psicosociales son muy importantes en este contexto, y se vieron especialmente alterados ya que muchas debieron cambiar abruptamente su estilo de vida y su nivel de socialización debido al aislamiento social y las cuarentenas que se establecieron en distintas comunas de Chile. Esto sin duda es un factor de riesgo para las mujeres gestantes, debido a que, en muchas situaciones puede perjudicar la conexión con sus redes de apoyo.

También se debe considerar la situación económica durante este periodo, sobre todo el primer año, porque muchas personas perdieron sus empleos o se vieron limitadas en su trabajo, produciendo una disminución en sus ingresos económicos, lo cual se traduce en estrés, miedo e inseguridad de no poder abastecerse, mantener a la familia y proporcionarle en el futuro al recién nacido todo lo que necesite para su bienestar y desarrollo.

Por último, y no menos importante, la dificultad para poder asistir a todos los controles prenatales debido a las restricciones y medidas establecidas en contexto de pandemia también puede influir en la detección oportuna de esta patología y, en consecuencia, en el manejo y tratamiento requerido.

Objetivo

Es por todo lo anteriormente relatado que el objetivo de esta investigación es detectar la afectación de la pandemia covid-19 en el desarrollo de depresión durante la gestación, en la región de Valparaíso, Chile, entre los años 2020 y 2022. Lo cual será estudiado y analizado a través de una encuesta *online* dirigida a la población de estudio, además de una minuciosa y selectiva recopilación de datos y antecedentes que puedan ser útiles para su comparación o correlación, permitiendo responder a esta pregunta de investigación.

Metodología

Tipo de diseño

Se realizó un estudio cuantitativo, ya que los datos y resultados obtenidos de esta investigación serán expresados y representados a través de cifras numéricas y es de tipo observacional, puesto que el diseño de investigación tiene como principal objetivo la observación y el registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. También es descriptivo y retrospectivo, ya que los datos que se estudiarán se obtendrán recogiendo información del pasado para evaluar la incidencia de depresión en mujeres gestantes entre 18 a 37 años de edad, durante la pandemia de covid-19, este estudio se lleva a cabo tras la exposición y el efecto en las mujeres gestantes. Además, la investigación es de tipo analítica, porque se analizará la relación entre las variables "pandemia" y "depresión en gestantes".

Criterios de inclusión y exclusión

El muestreo es por conveniencia, en el cual se encuesta a un total de 25 personas por rango de edad, los cuales serán de 18 a 22 años, 23 a 27 años, 28 a 32 años y 33 a 37 años, teniendo un total de 100 mujeres encuestadas, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

- Mujeres de 18 a 37 años que hayan cursado una gestación entre los años 2020 y 2022.
- Haber residido en las comunas de la V región de Valparaíso, Chile, mientras cursaban su gestación.
- Desear cooperar con la encuesta de manera voluntaria y fidedigna.
- No haber cursado una depresión antes de su embarazo.

Exclusión:

- Mujeres que hayan cursado una depresión antes del embarazo.

- Mujeres gestantes que no pertenezcan o hayan vivido en las comunas de la región de Valparaíso mientras estaban gestando.
- Mujeres gestantes con enfermedades que puedan influenciar en estados depresivos, como diabetes, hipotiroidismo, VIH/sida, enfermedades autoinmunitarias (lupus, artritis, psoriasis), entre otras.

Recogida de datos

En relación con la obtención de datos, se escoge la Región de Valparaíso, para aplicar una encuesta, la cual se define como conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa de grupos sociales, para averiguar estados de opinión o conocer otras cuestiones que les afectan, esta es de modalidad *online*, realizada a través de la plataforma Google forms. Con ella se pretende recoger la mayor cantidad de datos valiosos, estratégicos y fidedignos, mediante los cuales se evalúa la asociación entre la pandemia y la depresión en mujeres gestantes, conociendo cuáles serían los principales factores relacionados a la pandemia que estarían afectando en el desarrollo de esta patología.

Previo a la contestación de la encuesta, se le explicará en qué consiste la investigación, que se hará de forma anónima junto con la entrega del consentimiento informado a las mujeres gestantes que pertenezcan a la muestra.

Es importante detenerse a explicar a las potenciales participantes la finalidad de la realización de este estudio, y el porqué se necesita de su participación, que no es otra que obtener información a fin de evaluar la relación entre la incidencia de la depresión durante el periodo de gestación, y observar si esta ha aumentado durante la pandemia covid-19.

Consideraciones éticas

El equipo investigador cree que el estudio está justificado racionalmente respecto a las exigencias de los principios bioéticos fundamentales: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, con lo que se afirma que la presente investigación es correcta desde el punto de vista ético.

El primer paso, el del consentimiento informado o proceso de consentimiento, en este caso, puesto que no es un ensayo clínico con posibles riesgos y beneficios de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico, sobre los que mostrar su aceptación de participación, se limita a exponer el objetivo de la investigación y los criterios de exclusión, respetando el equipo investigador la total libertad de las candidatas a rechazar o aceptar su participación en el mismo e incluso su retirada, aun habiendo aceptado previamente su participación (Autonomía).

El fin es de interés para las propias participantes y de interés social general (Beneficencia); por otra parte, al no implicar riesgos para la usuaria, tratándose únicamente de la extracción de datos de una encuesta, su utilización de forma adecuada para la investigación, no genera ningún tipo de daño a las participantes (No maleficencia).

Finalmente, el respeto a los derechos de las personas, se protegen con una participación voluntaria sin coacción y con el compromiso de que los datos de la paciente estarán totalmente resguardados, no serán utilizados de forma inadecuada ni en contra de la usuaria, sino exclusivamente a fin de evaluar incidencia de la patología a estudio en mujeres gestantes (Justicia).

Resultados

Edad: la edad promedio de las encuestadas fue de 27,5 años.

Residencia: la mayor parte de la muestra (n= 100) está constituida por mujeres gestantes que residen en las comunas (municipios) de San Antonio con un 17,2% (n= 19) y San Felipe con un 10,9% (n= 12), respectivamente con un nivel de calidad de vida calificado como medio-bajo (antes de la pandemia).

Estado civil: el mayor porcentaje corresponde a mujeres no casadas (sin incluir las separadas o viudas).

Nivel de convivencia: el mayor porcentaje corresponde a mujeres que conviven con el padre de su hijo/a o con otra pareja distinta al progenitor.

Enfermedades y trastornos detectados: entre las patologías diagnosticadas durante la gestación en contexto de pandemia (n= 69), el 33,3% presentó un *trastorno de ansiedad* (n= 23), el 30,4% tuvo *depresión* (n= 21) y un 18,8% fue diagnosticada con *no asimilación del embarazo* (n= 13) (Tabla 1).

Factores negativos influyentes: respecto a los principales factores que influyeron de forma negativa en la salud mental y emocional de las mujeres gestantes encuestadas se encontró, en primer lugar, *miedo a contagiarse* con un 35%, seguido por *aislamiento y distanciamiento social* con un 34% y 30% respectivamente. Además, las encuestadas expresaron *confinamiento y embarazo no planificado* (n= 5) con un 24%, son factores que también influyeron en su salud mental durante la pandemia covid-19 (Tabla 2).

Sintomatología asociada por causa de la pandemia: en relación con la sintomatología presente durante la pandemia covid-19, el 22,9% de las encuestadas presentó *falta de motivación* (n= 22), seguido por *ansiedad* (n= 18) con un 18,8% e *insomnio* (n= 17) con un 17,7%.

Percepción personal de afectación del embarazo: un 44% consideró que la pandemia covid-19 afectó "demasiado" su plenitud y felicidad para vivir su embarazo, mientras que otro 44% calificó este nivel de afectación como "moderadamente" (n= 44).

Por otro lado, el 52% de las encuestadas indica que la pandemia fue "totalmente" causante de los síntomas depresivos que padeció durante su gestación, mientras que un 36% consideró que "solo un poco" (n= 36).

Los resultados obtenidos para patologías diagnosticadas durante la pandemia en las mujeres gestantes entre los años 2020-2021, con un $p= 0,130$ lo que significa que no hay relación entre variables estadísticamente significativas, encontrando que las de 18-22 años destacan la *depresión* y *trastorno de ansiedad* con un 33% (n= 7) ambas, en segundo lugar se encuentra el rango 23-27 años del cual las patologías más destacadas son las ya mencionadas, *depresión* y *trastorno de ansiedad* con un 33% (n= 4) y 50% (n= 6) respectivamente, además, entre los años 28-32 se abarcan las mismas patologías pero con un menor porcentaje, *depresión* con un 30% (n= 6) y *trastorno de*

Tabla 1. Relación patologías diagnosticadas, entre años 2020-2022 en mujeres gestantes de la Región de Valparaíso, Chile

Edad	18-22 (n= 25)		23-27 (n= 25)		28-32 (n= 25)		33-37 (n= 25)		Valor p	Chi Cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Depresión (n= 21)	7	33%	4	33%	6	30%	4	25%	0,130	65,841
Trastorno de ansiedad (n= 23)	7	33%	6	50%	9	45%	1	6%		
Trastorno de adaptación (n= 6)	1	5%	0	0%	2	10%	3	19%		
No asimilación del embarazo (n= 13)	6	29%	1	8%	2	10%	4	25%		
Trastorno bipolar (n= 6)	0	0%	1	8%	1	5%	4	25%		

Tabla 2. Factores asociados a la pandemia que afectaron negativamente la salud mental y emocional de las gestantes en pandemia entre los años 2020 y 2022, de la región de Valparaíso, Chile

Edad	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Neutro		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		No responde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Factores disturbadores												
Distanciamiento social	8	15%	5	12%	14	16%	21	18%	24	12%	28	14%
Falta de sociabilización	4	8%	7	16%	25	28%	18	15%	19	10%	27	14%
Miedo a contagiarme	5	9%	2	5%	6	7%	14	12%	45	23%	28	14%
Aislamiento	6	11%	4	9%	5	6%	14	12%	43	22%	28	14%
Falta de controles médicos debido a la pandemia	12	23%	10	23%	10	11%	16	14%	24	12%	28	14%
Falta de información sobre mi gestación y parto debido a la pandemia	9	17%	8	19%	9	10%	16	14%	29	15%	29	15%
Situación económica	9	17%	7	16%	19	22%	19	16%	16	8%	30	15%
Otros factores (pregunta abierta)												
Confinamiento	5	24%										
Depresión anterior	3	14%										
Embarazo no planificado	5	24%										
Separación con progenitor	4	19%										
Soledad	4	19%										

ansiedad con un 45% (n= 9). Para finalizar, en el rango de 33-37 años, destacaron tres patologías diagnosticadas médicamente, entre estas despuntan *depresión* con 25% (n= 4), *no asimilación del embarazo* con 25% (n=4) y por último, el *trastorno bipolar* con un 25% (n= 4).

En relación con los factores pandémicos que afectaron negativamente la salud mental las mujeres gestantes refieren estar Totalmente de acuerdo con *miedo al contagio* con un 23% (n= 45), *aislamiento* con un 22% (n= 43) y *falta de información sobre la gestación y parto* con un 15% (n= 29), además refieren estar De acuerdo con *distanciamiento social* con 18% (n= 21), *situación económica* con un 16% (n= 19) y *falta de sociabilización* con un 15% (n= 18).

Al consultarles por otros factores que influyeron en su salud mental, a través de una pregunta abierta, las usuarias refieren que los factores *confinamiento* y *embarazo no planificado* con un 24% (n= 5), *separación con el progenitor* y *soledad* con un 19% (n= 4) y *depresión anterior* con un 14% (n= 3), son algunos que también afectaron en su depresión.

En cuanto a la sintomatología relacionada a la depresión (Tabla 3) se encuentra que las mujeres gestantes refie-

ren haber presentado siempre la *falta de motivación* con 22,9% (n= 22), *ansiedad* con 18,8% (n= 18) e *insomnio* con 17,7% (n= 17). Por otro lado, las encuestadas refieren haber presentado de manera muy frecuente "Ansiedad" con 41,7% (n= 40), *irritabilidad* presente en el 31,3% (n= 30) de las mujeres gestantes, *falta de motivación* y *deseo de llorar* con un 28,1% (n= 27) ambas. Para finalizar, del total de encuestadas el 28,1% (n= 27), 22,9% (n= 22) y el 19,8% (n=19) refiere haber presentado de manera frecuente *insomnio*, *tristeza* y *deseo de llorar* respectivamente.

Como consecuencias de la pandemia covid-19 que afectaron de manera negativa en la vida cotidiana de las mujeres gestantes encuestadas destacan la disminución de ingresos económicos en donde el 30% (n= 30) refiere que estos disminuyeron Considerablemente (Tabla 4). Por otra parte, las encuestadas refieren que la pandemia afectó Demasiado y Moderadamente con un 44% (n= 44) respectivamente en su plenitud y felicidad durante su periodo de gestación y además refieren que esta fue causante de síntomas depresivos en un 52% (n= 52) y que en parte influyó Totalmente en su depresión con un 32,6% (n= 30), pero también refieren esta y otros factores como causante de la patología con un 32,6% (n= 30).

Tabla 3. Sintomatología asociada a la depresión durante la pandemia en mujeres gestantes de la región de Valparaíso, Chile, entre los años 2020 y 2022

Síntomas detectados durante la pandemia	Siempre		Muy frecuentemente		Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Insomnio	17	17,7%	21	21,9%	27	28,1%	17	17,7%	9	9,4%	5	5,2%
Ansiedad	18	18,8%	40	41,7%	17	17,7%	11	11,5%	3	3,1%	7	7,3%
Tristeza	16	16,7%	21	21,9%	22	22,9%	18	18,8%	11	11,5%	8	8,3%
Deseo de llorar	15	15,6%	27	28,1%	19	19,8%	21	21,9%	10	10,4%	4	4,2%
Preocupación constante	15	15,6%	24	25,0%	18	18,8%	20	20,8%	8	8,3%	11	11,5%
Miedo sin motivo	10	10,4%	20	20,8%	17	17,7%	17	17,7%	14	14,6%	18	18,8%
Irritabilidad	15	15,6%	30	31,3%	15	15,6%	16	16,7%	11	11,5%	9	9,4%
Falta de motivación	22	22,9%	27	28,1%	13	13,5%	19	19,8%	7	7,3%	8	8,3%

Tabla 4. Efectos negativos de la pandemia en mujeres gestantes de la región de Valparaíso, Chile, entre los años 2020 y 2022

Afectación de la pandemia relacionada con la disminución de ingresos			Afectación de la pandemia relacionada con la plenitud y felicidad en gestación		
Considerablemente	30	30%	Sí, totalmente	30	32,6%
Moderadamente	29	29%	Sí en parte, pero influyeron también otros factores ajenos a la pandemia	30	32,6%
Solo un poco	21	21%	No, en absoluto	5	5,4%
Permanecieron igual	18	18%	No cursé depresión durante mi gestación	27	29,3%
No, aumentaron	17	17%	Sin responder	8	8,0%
Afectación de la pandemia relacionada con la plenitud y felicidad en gestación			Afectación de la pandemia como causante de síntomas depresivos en mujeres gestantes		
Absolutamente nada	3	3%	Sí, totalmente	52	52%
Casi nada	9	9%	Un poco	35	35%
Moderadamente	44	44%	Casi nada	8	8%
Demasiado	44	44%	Absolutamente nada	5	5%

Discusión

Como se sabe, durante una gestación aumentan los riesgos de padecer depresión perinatal debido a los distintos factores que conlleva esta etapa como tal, de manera fisiológica y emocional, mediante este estudio ha sido posible evidenciar que la pandemia por covid-19 se sumó de forma imprevista en estos últimos años, como un factor más a considerar y de bastante relevancia en el desarrollo de este trastorno psicoemocional.

Resulta preocupante el hallazgo del 87% del total de las encuestadas afirmando que la pandemia les causó síntomas depresivos, ya sea en términos absolutos o en algún grado menor frente a un 8% que expresó en relación con la percepción de síntomas depresivos que la pandemia le causó Casi nada y apenas un 5% indica que la covid no le causó absolutamente ningún síntoma de este tipo.

Estas cifras son realmente alarmantes, considerando además la incidencia negativa sobre el estado materno, los riesgos que conlleva la depresión durante la gestación para

el feto, entre los que se encuentran principalmente el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Por otro lado, la presencia de depresión en la población estudiada podría estar relacionada con el abandono o baja adherencia a los controles prenatales (en el presente estudio el 32% de ellas no asistió a todos sus controles médicos y un 3% no asistió a ningún control), mal seguimiento de indicaciones médicas, abuso de sustancias como alcohol, drogas y tabaco y un deterioro del autocuidado en general.

Cabe mencionar un interesante estudio prospectivo de una cohorte de más de 9.000 mujeres y sus hijos, realizado en Inglaterra. Incluyó la aplicación de la EPDS durante las semanas 18 y 32 del embarazo, y después a las ocho semanas y a los ocho meses posparto. El seguimiento reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo se asoció a un retraso en el desarrollo de los niños/as, a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niños/as cuyas madres no presentaron tales síntomas durante la gestación¹⁰. Este es el nivel de relevancia que tiene esta patología perinatal que ha sido por mucho tiempo invisibilizada y que solo en las últimas décadas se ha estado investigando y generando planes de acción en su prevención y detección por parte de los ministerios de salud de cada gobierno; sin embargo, aún falta mucho por hacer en pos de una mejoría frente a esta patología.

Resulta sorprendente que la patología más médicamente diagnosticada entre las 100 encuestadas durante la pandemia, fuera el *trastorno de ansiedad* (24%) por encima de la *depresión* (21%). Al momento de preguntar a las encuestadas si ellas consideraban que tuvieron depresión durante su gestación en pandemia, independiente de un diagnóstico médico, hubo un 65% que sí considera que tuvo depresión durante su gestación. El hecho de que un 35% no llevara un control adecuado de su gestación (32% incompleto, 3% ningún control) también impidió el hallazgo oportuno de esta patología.

Las cifras de depresión arrojadas por esta investigación son relativamente cercanas a las del resultado de un estudio similar realizado en Colombia, titulado *Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021*, en el cual "se encuestaron 345 mujeres gestantes de 15 a 44 años, entre las que se identificó una prevalencia de riesgo de depresión en 30,4% de las mujeres encuestadas. Se identificó violencia intrafamiliar en el 4,9% y ausencia de red de apoyo en el 8,4%. Se encontraron como mayores preocupaciones temor a ser separadas del bebé el día del parto, la posibilidad de no tener acompañante durante el parto, y temor al contagio por los efectos en el bebé in útero o en el recién nacido¹¹.

En un contexto sin pandemia, la Universidad del Desarrollo realizó un estudio relacionado con la depresión en el em-

barazo, donde se evidenció que el 13,9% y 20,9% de las mujeres gestantes presentaron sintomatología depresiva en el tercer trimestre de embarazo y a los seis meses posparto, respectivamente, donde el apoyo y padres presentes fueron aspectos protectores durante este proceso¹².

En relación con estos aspectos protectores, los datos obtenidos mediante la encuesta aplicada en esta investigación son bastante positivos, indican que la gran mayoría de las encuestadas con un 87% contó con una red de apoyo y el 77% de ellas vivió su gestación en pareja (independiente de si esta pareja era o no padre del bebé), lo cual presenta también un factor protector, como lo son el apoyo y acompañamiento de la mujer gestante; sin embargo, faltó incluir dentro de las preguntas de la encuesta si el padre del bebé estuvo presente o ausente, de modo de poder obtener una información más detallada y precisa en torno a este aspecto protector que revela el estudio citado anteriormente de la Universidad del Desarrollo.

No obstante, lo anterior, en la particularidad que presenta un contexto de pandemia, se encuentran nuevos factores que podrían influir en el desarrollo de depresión perinatal, aumentando aún más el riesgo de padecer esta patología. Mediante este estudio se han evaluado ciertos factores asociados a la pandemia que han sido clasificados por las encuestadas como los principales factores pandémicos influyentes en el desarrollo de su depresión perinatal durante su gestación en pandemia: *miedo a contagiarse, aislamiento, falta de información sobre mi gestación y parto debido a la pandemia, distanciamiento social y falta de controles médicos debido a la pandemia*, respectivamente. También influyeron factores como la *falta de sociabilización y situación económica*, pero en menor grado en comparación con los otros factores ya mencionados; es importante mencionar también otros factores referidos por las usuarias como asociados también a sus síntomas depresivos como el *confinamiento, embarazo no planificado, separación con el progenitor, soledad y depresión anterior*.

Sin duda factores como los descritos han causado preocupación en la población general durante estos años de pandemia, por tanto, no es sorpresa que para una mujer gestante también lo sean y probablemente aún más, ya que el instinto de protección hacia su bebé frente al constante miedo a contagiarse, sumado al aislamiento por tiempos prolongados, aumentan los índices de estrés y sentimientos propios de un cuadro depresivo.

El diagnóstico oportuno de depresión perinatal es altamente importante como política pública, tanto en Chile como en otros países, debido a las consecuencias que puede desencadenar en el bebé y su madre. Esta patología puede tener consecuencias duraderas e incluso permanentes para la salud psicofísica de la diada madre-hijo, que pueden desembocar en disfunción familiar, mayor riesgo de maltrato

infantil y abandono, retrasos en el desarrollo, complicaciones obstétricas perinatales, dificultades para la lactancia y un aumento de los gastos en asistencia sanitaria. Otro posible efecto es la alteración de la relación y el vínculo entre la madre y el hijo, lo cual a su vez puede provocar problemas en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del pequeño¹². Todas estas consecuencias repercuten no solo en el ámbito del individuo en cuestión y su entorno familiar, sino también en el ámbito de sociedad, puesto que sus tratamientos y atención suelen incluir grandes gastos para el estado, además de posibles problemáticas sociales que enfrentar. Por tanto, es importante la realización de estudios de este tipo para cualquier país que busque mejorar la calidad de vida y de atención en salud de su población.

Limitaciones al estudio

Las limitaciones de este estudio incluyen principalmente la necesidad de acotar y estandarizar las preguntas, ya que, al realizar una encuesta más profunda y detallada, existía mayor riesgo de que las encuestadas no finalizaran su encuesta y, en consecuencia, la encuesta quedará inválida. Además, el no poder realizar una entrevista abierta pautada similar a lo que sería una anamnesis, es otra limitación de este estudio, ya que, al ser *online*, se debieron establecer ciertos formatos de preguntas más limitados (como selección múltiple, calificación y solo algunas preguntas abiertas de respuesta escrita breve).

Por otro lado, resulta difícil realizar comparaciones con otros estudios respecto al tema de investigación, debido a que hay muy pocos estudios similares hasta la actualidad, puesto que la pandemia aún es reciente y todavía se encuentra en proceso de investigación en distintas áreas. Si bien, existen muchos estudios relacionados a depresión perinatal, estos han sido analizados en condiciones sanitarias y socioeconómicas totalmente distintas, por tanto, existen nuevos y distintos factores que generan un contexto totalmente diferente y nuevo, en el cual estos factores estarían afectando y potenciando el desarrollo de depresión en las mujeres gestantes.

Consideraciones para la práctica

- Se sugiere que, a nivel nacional, se preste mayor atención al área psicológica de la población y se estudien ampliamente las posibles consecuencias que la pandemia pudo dejar en la salud mental y emocional de las personas y no tan solo en mujeres gestantes, sino, en la población general, teniendo en consideración el riesgo de padecer algún tipo de trastorno psicológico, como la depresión y adopten medidas para su tratamiento eficaz.
- Es importante que exista una fuente informativa oficial y fidedigna en cada comuna (municipio), a la cual las mu-

jes gestantes puedan acceder fácilmente sin demora para atender sus dudas y así mantenerse informadas, sin la necesidad de pedir hora para control prenatal como sucedería en el CESFAM (Centro de Salud Familiar), ya que según los resultados de la encuesta existieron altos índices de desinformación en estas durante la pandemia, lo cual, evidentemente estaría aumentando los niveles de estrés, ansiedad, miedo y otros síntomas depresivos.

- Es aconsejable fomentar y reforzar las redes de apoyo de cada gestante, informándoles sobre la importancia de su permanencia junto a la madre durante todo el proceso y de qué maneras pueden aportar bienestar; para quienes no cuenten con esta red de apoyo espontánea, idear estrategias que permitan integrar a esas mujeres en alguna otra generada *ad hoc*, de modo que ninguna se sienta sola durante su proceso de gestación.
- Hubiera sido deseable y oportuno que el gobierno hubiera puesto su atención en la protección a la maternidad durante la pandemia estableciendo medidas económicas que salvaguardaran la tranquilidad de las mujeres gestantes en relación con el ámbito económico, ya que esta situación también resultó ser una gran preocupación para las encuestadas durante su gestación, considerando que la pandemia causó una disminución en el ingreso económico familiar en el 80% de las encuestadas. Además, es preciso destacar que la pandemia también produjo pérdidas laborales y una emergente inflación, en consecuencia, muchas mujeres gestantes vivieron su embarazo con la preocupación constante respecto a cómo podrían mantener a su bebé sin que les falte nada e incluso cómo llevarían a cabo todos los gastos que tenían durante el embarazo y los que contemplaba el parto.
- Al hilo de esta consideración y hablando en presente, el equipo investigador afirma que la natalidad, en franco declive en España como en tantos otros, traspasa el plano del asunto privado convirtiéndose en un tema político crucial y es el Estado el que debe resolver la difícil ecuación entre la vida laboral de las mujeres y el fomento de la natalidad, ofreciendo protección a la maternidad que va desde el cuidado médico adecuado y accesible, hasta los incentivos económicos y la seguridad laboral de las mujeres gestantes y madres.

Conclusiones

En el contexto pandémico:

- La salud materno-fetal ha estado más expuesta a riesgos no solo en el ámbito de la salud mental sino y también a otros que potencialmente pudieran afectar también a la salud física del binomio madre-hijo, como el miedo generado por la situación que, en el caso de las mujeres embarazadas, estuvo incrementado por el recelo a que

su hijo se viera perjudicado, situación de angustia que por añadidura se vio reforzada con la adición de factores adversos sociales, económicos y laborales ya descritos.

- Se ha evidenciado en un porcentaje importante de las mujeres gestantes un deficiente control de gestación, lo que además de influir potencialmente en la salud materno-fetal, directamente ha impedido a los profesionales sanitarios encargados de su atención, fundamentalmente matronas, detectar a tiempo síntomas depresivos (y otros) y procurarles el tratamiento adecuado.
- El inadecuado control de embarazo de algunas mujeres ha imposibilitado el acceso a una información personal, profesional y fidedigna, que resolviera sus preguntas y dudas, lo que de ninguna forma resuelven las consultas por internet.
- Mediante esta investigación se logra evidenciar que el contexto vivido debido a la pandemia entre los años 2020 y 2022 en la región de Valparaíso, Chile, influyó negativamente en la salud psicoemocional de la mayoría de las mujeres gestantes que aumentaron los síntomas depresivos de la población específica estudiada (comunidades de la V región de Valparaíso, Chile), afectando también de manera negativa la experiencia de gestación que estas tuvieron al disminuir en ellas los índices de felicidad y plenitud de la vivencia de este periodo.
- El equipo investigador espera y desea que este modesto estudio estimule mayor número de investigaciones centradas en la atención al área de salud mental de la población, haciendo estudios amplios de las posibles consecuencias que la pandemia pudo ocasionar en la salud psico-emocional de las personas, tanto más en poblaciones de riesgo para este tipo de trastornos, en los que se incluyen las mujeres gestantes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Real Academia Española (RAE). Gestar. En Diccionario de la lengua española. RAE [internet] [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/gestar>
2. Ministerio de Salud. Guía Perinatal 2015 Programa Nacional Salud de la Mujer. Gobierno de Chile [internet]. [citado 4 jul 2024]. Disponible en: https://issuu.com/cedip-hlf/docs/guia_perinatal_de_chile_2015/33#google_vignette
3. Maldonado-Duran JM. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud [internet] 2011. [citado 5 jul 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Real Academia Española (RAE). Depresión. En Diccionario de la lengua española. RAE [internet] [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/depresi%C3%B3n>
5. Pajares B. Depresión en el embarazo. El embarazo semana a semana. Inatal [internet] [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/los-sintomas/el-sistema-nervioso-y-las-emociones/439-depresion-en-el-embarazo.html>
6. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría [internet] 2019 [citado 5 jul 2024]; 48(1):58-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
7. Cordero Vega M, López Stewart C. Pauta de Riesgo Psicosocial. Evaluación Psicosocial abreviada. Ministerio de Salud/ Chile Crece Contigo. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/24320164/evaluacion-psicosocial-abreviada-epsa-chile-crece-contigo>
8. Senado. Salud mental en tiempos de COVID: la pandemia que se viene. República de Chile Senado. [internet] 2021 [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.senado.cl/salud-mental-en-tiempos-de-covid-la-pandemia-que-se-viene#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20sondeo%20de%20la,con%20un%20sic%C3%B3logo%20o%20siquiatra.>
9. Borbolla SP. La pandemia invisible: la escasez de profesionales para la salud mental. Pauta [internet] 2022 [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.pauta.cl/nacional/la-pandemia-invisible-la-escasez-de-profesionales-de-salud-mental>
10. Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev chil neuro-psiquiatr. [internet] 2010 [citado 5 jul 2024]; 48(4):269-78. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
11. Gaviria-Arbeláez SL, Uribe-Holguín A, Gil-Castaño LS, Uribe-Bravo SE, Serna-Galeano LE, Álvarez-Mesa C, et al. Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. Rev Colomb Obstet Ginecol. [internet] 2022. [citado 5 jul 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342022000200194
12. Investigación UDD revela las causas de una posible depresión durante el embarazo. Bienvenido a la UDD. Universidad del Desarrollo [internet] 2022 [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.udd.cl/noticias/2022/02/23/investigacion-udd-revela-las-causas-de-una-posible-depresion-durante-el-embarazo/>

Efectos sobre la lactancia materna usando un biberón individualizado para cada madre, según la morfología de su pecho

¹ Manuel Fernández Pareja
² Lilit Artenyan Markosyan
³ Paloma García Galán
⁴ Nicolás Cánovas Rodríguez
⁵ Stella Wright
⁵ Tania Morán Macías

¹ *Matrón. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante (España).*

² *Matrona. Hospital Pius de Valls. Valls, Tarragona (España).*

³ *Pediatra. Clínica HLA Vistahermosa. Alicante (España).*

⁴ *Pediatra. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante (España).*

⁵ *Enfermera. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante (España).*

E-mail: manulfdez.matron@gmail.com

Fecha de recepción: 4 de mayo de 2024.

Fecha de aceptación: 28 de junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Fernández Pareja M, Artenyan Markosyan L, García Galán P, Cánovas Rodríguez N, Wright S, Morán Macías T. Efectos sobre la lactancia materna usando un biberón individualizado para cada madre, según la morfología de su pecho. *Matronas Hoy* 2024; 12(2):38-43.

Resumen

Introducción: el impulso al alza entre la población mundial de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y de forma complementaria hasta los 2 años, por ser esta la alimentación ideal del recién nacido, es una acción que traduce el compromiso con una alimentación más natural, y el fomento del vínculo entre la madre y el bebé. Aunque existen casos de dificultad o imposibilidad en los que hay que recurrir al uso del biberón que podría comprometer la lactancia materna.

Objetivos: el objetivo de este estudio fue evaluar los efectos sobre la lactancia materna después de utilizar un biberón único para cada madre y bebé, diseñado individualmente para representar la morfología y función del pecho de la madre.

Métodos: se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en Valencia, España. Una muestra de 1.680 mujeres lactantes mayores de 18 años en periodo de lactancia. Las madres adquirieron y utilizaron el biberón personalizado y participaron en el estudio mediante una encuesta *online*.

Resultados: tras utilizar el biberón personalizado, el 97,4% de las madres informó que no se interrumpió su lactancia materna, y el 94,3% de los bebés aceptó el biberón con la forma del pecho de su madre. Además, el 68,9% de las madres consideró que el uso de este tipo de biberón fue determinante para mantener la lactancia materna. Se observó un alto nivel de satisfacción, con un 98,2% de las madres que recomendaría el biberón personalizado.

Conclusiones: el uso de un biberón individualizado, diseñado para representar la morfología y función del pecho de cada madre, contribuye a la prevención de la interrupción de la lactancia materna y aumenta las tasas de aceptación del biberón.

Palabras clave: biberón; lactancia materna; individualidad; matronas; pediatras; enfermeras; salud infantil.

Abstract

Effects on breastfeeding by the use of a feeding bottle individualized according to the breast morphology of each mother

Introduction: the increase among the world population of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life, and complementarily up to 2 years, based on the fact that it is the ideal nutrition for newborns, is an action translating the commitment with a more natural diet, and the encouragement of the link between mother and baby. However, there are difficulty or impossibility cases where the feeding bottle must be used, and this could compromise breastfeeding.

Objectives: the objective of this study was to evaluate the effects on breastfeeding after using a feeding bottle unique for each mother and baby, individually designed to represent the morphology and function of the mother's breast.

Methods: an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in Valencia, Spain. The sample included 1,680 >18-year-old women during their breastfeeding period. The mothers acquired and used the personalized feeding bottles and participated in the study through an online survey.

Results: after using the personalized bottles, 97.4% of women reported that their breastfeeding was not interrupted, and 94.3% of babies accepted the bottles with the shape of the breast of their mothers. Moreover, 68.9% of the mothers considered that the use of this type of feeding bottle was a determining factor to maintain breastfeeding. A high level of satisfaction was observed, with 98.2% of mothers claiming they would recommend the personalized bottle.

Conclusions: the use of an individualized feeding bottle, designed to represent the morphology and function of the breast of each mother, contributes to preventing the interruption of breastfeeding and increases the acceptance rates for feeding bottles.

Key words: feeding bottle; breastfeeding; individuality; midwives; paediatricians; nurses; paediatric health.

Introducción

Actualmente, la lactancia materna ha adquirido de nuevo una relevancia especial, siendo recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y, en España, por la propia Asociación Española de Pediatría, en línea con todas las sociedades pediátricas mundiales, como la alimentación ideal del recién nacido de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y de forma complementaria hasta los 2 años o más¹⁻³. Una tendencia al alza entre la población mundial, que radica en el compromiso de una alimentación más natural, y en el fomento del vínculo entre la madre y el bebé.

Las matronas tienen el privilegio de ayudar al inicio precoz de la lactancia materna de forma inmediata al nacimiento, periodo en que el recién nacido (RN) está reactivo, dentro del llamado periodo sensitivo, en el que se ponen en funcionamiento las capacidades innatas de este, y gracias a sus sentidos (sobre todo el tacto y el olfato) y a sus reflejos es capaz de llegar por sí solo al pecho materno. No es baladí esta acción porque se ha demostrado que el inicio precoz de la lactancia, además de aportar factores protectores y favorecer el sistema inmunológico del RN, también genera un mayor apego entre la madre y su hijo/a y de forma paralela, una mayor duración de la lactancia.

Pero, a pesar de las recomendaciones de amamantar, en España, únicamente el 68,40% de las madres ofrece lactancia materna exclusiva a las 6 semanas, el 52,48% a los 3 meses y tan solo el 24,72% lo hará cuando el bebé cumpla los 6 meses⁴.

Existen numerosas circunstancias que pueden poner en peligro la lactancia materna. Uno de los motivos más frecuentes es cuando un recién nacido no aumenta suficiente peso y se hace necesario recurrir a la suplementación. Otra causa es la vuelta al trabajo de la madre, una situación cada vez más habitual tras la incorporación de la mujer al mundo laboral. Lo que a menudo conlleva dificultades en la conciliación de la lactancia, especialmente durante los primeros meses^{2,5}.

Además, diversos estudios han identificado otros desafíos significativos, como son los problemas relacionados con el agarre del bebé al pecho, el dolor durante las tomas, la falta de apoyo, la estigmatización de la lactancia materna, la falta de espacios adecuados para amamantar o incluso la hospitalización del recién nacido. Varias de estas razones no siempre estaban bajo el control de la madre o los padres^{1,6}.

A pesar de que existen métodos alternativos al biberón, debido a la insatisfacción que estos producen, tanto en los progenitores como en el personal sanitario, la intención de las madres en el 75% de los casos será usar el biberón⁶⁻⁸.

Si se lleva a cabo un análisis más profundo del tema, el riesgo de fracaso en la lactancia materna al usar un biberón se produce por el factor de confusión tetina-pezón del recién nacido, factor definido por Dowling y Thanatttherakul como la respuesta del lactante a las distintas características mecánicas y de flujo que ofrece un pezón artificial en comparación con el pecho. Lo que a su vez hace que el lactante prefiera un mecanismo de alimentación a otro⁹.

Dicho síndrome no está provocado por la utilización de un biberón como tal, sino que el problema surge de utilizar una tetina morfológicamente diferente al pecho de su madre, afectando también al patrón de succión del infante, lo que le provoca un posterior rechazo del pecho por interferir con la biomecánica de la lactancia materna^{6,10}.

Este riesgo, además, está potenciado por la nula existencia en el mercado de productos adaptados al lactante de forma individual con una morfología específica de cada madre. Hasta la fecha, la producción de tetinas o chupetes se limita a un único formato genérico para todos los lactantes.

Este factor limitante genera como resultado que más del 50% de los bebés que prueban un biberón genérico, posteriormente fracasan en la lactancia materna, aumentando este riesgo un 177%, si además usan chupete¹¹. Y un segundo problema del uso de biberones y chupetes genéricos es el propio rechazo al producto diferente morfológicamente de la madre.

Así, tan solo el 39% de las madres reporta eventual aceptación de los biberones y chupetes genéricos, lo cual quiere decir que la gran mayoría de madres refiere la negativa de sus bebés al uso del biberón⁶. Una situación que genera mucho estrés cuando la madre se reincorpora al mundo laboral, sabiendo que su bebé no comerá mientras dura su jornada de trabajo. Esto conduce a buscar una solución que permita reducir el riesgo de usar un biberón o chupete con el consiguiente abandono de la lactancia materna.

Por ello, se diseña un biberón que reproduce el pecho de cada madre de forma individual, descrito en el presente documento. Consiguiendo reducir al máximo la diferencia en el paladar del bebé entre lactar del pecho materno o del biberón. Previendo en mayor medida el factor de confusión tetina-pezón del recién nacido, fomentando una mayor tasa de éxito de la lactancia materna, además de aumentar las tasas de aceptación del biberón.

Manteniendo de este modo los numerosos beneficios que la lactancia materna le otorgan, como la prevención de la muerte súbita del recién nacido y su correcto desarrollo orofacial, o la prevención del cáncer de mama para la madre^{1,2,7,12}. Secundando así las directrices marcadas por la OMS, UNICEF, la Asociación Española de Pediatría en Es-

pañe y el resto de sociedades pediátricas mundiales, como elemento esencial en el desarrollo del ser humano.

Objetivos

El objetivo del estudio es evaluar los efectos sobre la lactancia materna, tras usar un biberón único para cada madre y su bebé, con un diseño individualizado, representativo de la anatomía y funcionamiento de su pecho.

Método

Diseño del estudio

Un estudio observacional descriptivo de corte transversal en Valencia, España. Se utilizó una muestra de 1.680 mujeres lactantes mayores de 18 de edad, que adquirieron el biberón a través de la web www.happymami.com y aceptaron participar en el estudio.

La selección de la muestra se realizó de acuerdo con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: mujeres en periodo de lactancia, mayores de 18 años que hayan adquirido el biberón y aceptaran participar en el estudio.
- Criterios de exclusión: mujeres que no estén en periodo de lactancia, o en periodo de lactancia que no aceptaran participar en el estudio.

Las mujeres lactantes recibieron una encuesta *online* tras la compra del biberón, para participar en el estudio; las cuales aceptaron participar voluntariamente. Durante dos meses, estuvo activa la encuesta.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron sistematizados en el programa Excel de Microsoft Office, y procesados con el *software* estadístico IBM SPSS versión 2023 para luego realizar un análisis descriptivo de los mismos.

Variables del estudio

- Independiente: utilización del biberón durante el periodo de lactancia materna.
- Dependiente: efecto de la introducción del biberón durante el periodo de lactancia materna.

Características del biberón

Para personalizar el diseño del biberón según el pecho de cada madre, se implementa un proceso interactivo accesible a través del sitio web www.happymami.com. Mediante este sistema, las mamás tienen la posibilidad de configurar el biberón de manera única, adaptándolo a las características morfológicas y funcionales de su pecho seleccionando entre diferentes parámetros (Tabla 1).

Además, el biberón presenta otras características adicionales:

- Su diseño con doble flujo de aire garantiza la ventilación del biberón y disminuye los cólicos, gases y reflujos durante o después de la toma.
- Alta resistencia a elevadas temperaturas, por lo que soporta calor de esterilizadores, microondas y calienta biberones.
- Es fabricado con silicona médica, material con certificado de calidad, como: la Norma Europea EN14350, El Reglamento (CE) 1935/2004, El Reglamento (UE) n° 10/2011 y El Real Decreto 847/2011. Siendo libre de BPA, BPF, BPS y otros tóxicos que pueden provenir del plástico. Esto lo hace más seguro para los bebés.
- Textura extra suave. La silicona médica brinda una textura más agradable al tacto y al paladar del bebé.
- Es fácil de limpiar, debido a su vaso de boca ancha que permite lavarlo con mayor facilidad que los biberones tradicionales, y se puede introducir en el lavavajillas.
- Al seleccionar los aspectos anteriores, se hace más compatible con diferentes tipos de leche, fórmula o fluidos de mayor densidad.

Tabla 1. Parámetros diseño individual del biberón para cada madre

Parámetro	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Longitud del pezón	≤ 1,5 cm	> 1,5 cm	Uso pezoneras
Diámetro del pezón	≤ 2,5 cm	> 2,5 cm	Uso pezoneras
Elasticidad horizontal del pezón tras la toma del bebé	No sé, estoy embarazada	Sí	No
Forma general del pecho	Plana	Redonda	Pronunciada
Edad del bebé	0 a 3 meses	3 a 6 meses	> de 6 meses
Fuente: elaboración propia			

Resultados

La muestra del estudio se conformó por 1.680 mujeres mayores de 18 años en periodo de lactancia, que aceptaron realizar la encuesta de forma voluntaria. La mayoría era su primer bebé con un 69,7% (n= 1.171), y un 30,3% (n= 509) no era primeriza.

Así mismo, se indagó en la edad de los bebés que estaban recibiendo la lactancia materna y/o biberón, obteniéndose que la mayor proporción fue de 48,2% (n= 810) con 0 a 3 meses de edad, seguido del 34,2% (n= 575) de 3 a 6 meses, 15,3% (n= 257) de 6 a 12 meses, 2,3% (n= 38) de más de 12 meses (Tabla 2).

Edad del bebé	N	%
Entre 0 y 3 meses	810	48,2
Entre 3 y 6 meses	575	34,2
Entre 6 y 12 meses	257	15,3
Más de 12 meses	38	2,3
TOTAL	1.680	100,0

Fuente: elaboración propia

Al preguntarle a las madres sobre el biberón, el 94,3% (n= 1.584) de las madres, señalaron que su bebé aceptó el biberón, y el 5,7% (n = 96) no consiguió que se adaptara al biberón (Tabla 3).

Aceptación biberón	N	%
No	96	5,7
Sí	1.584	94,3
TOTAL	1.680	100,0

Fuente: elaboración propia

Después de probar el biberón, el 97,4% (n= 1.636) del total de las madres indicó que no se interrumpió su lactancia materna, pero el 2,6% (n= 44) indicó, que sí (Tabla 4).

Mantiene lactancia materna	N	%
No	44	2,6
Sí	1636	97,4
TOTAL	1.680	100,0

Fuente: elaboración propia

Así mismo, al preguntarles si creían que usar una tetina creada según su anatomía les había ayudado a que su bebé aceptara el biberón, además de prevenir el factor de confusión tetina pezón del recién nacido en sus bebés, protegiendo su lactancia materna, el 68,9% (n= 1.158) refiere que "sí, fue determinante", el 23,2% (n= 390) refiere que "no sé, no contesto", un 6,3% (n= 105) "busco destetar" y solo un 1,6% (n= 27) piensa que "no me ha ayudado" (Tabla 5).

¿Te ha ayudado tu biberón a medida?	N	%
Busco destetar	105	6,3
No me ha ayudado	27	1,6
No sé, no contesto	390	23,2
Sí, fue determinante	1.158	68,9
TOTAL	1.680	100,0

Fuente: elaboración propia

Finalizando la encuesta, el 98,2% (n= 1.649) de la muestra recomendaría el biberón y el 1,8% (n= 31) no lo recomendaría (Tabla 6).

¿Recomendaría este biberón único para cada mamá?	N	%
No	31	1,8
Sí	1.649	98,2
TOTAL	1.680	100,0

Fuente: elaboración propia

Discusión

La lactancia materna ha evidenciado numerosos beneficios, tanto para el bebé como para la madre, e incluso, para la sociedad en su conjunto¹³. Por otro lado, Shellhorn et al.¹⁵ describen los efectos adversos derivados del uso de biberones convencionales y tetinas genéricas, los cuales pueden resultar en una pérdida de la lactancia materna y afectar la maduración de las funciones orales, como la deglución, masticación, respiración bucal y la fonoarticulación, entre otros. Esto, a su vez, aumenta el riesgo de infecciones respiratorias y afecta el desarrollo físico y cognitivo^{14,15}.

Por esta razón, Benavente et al.¹⁴ destaca la importancia de usar biberón y tetinas que se asemejen lo más posible al pecho de cada madre. Asimismo, subraya la necesidad

de que los biberones sean manejables, prácticos, de fácil limpieza y resistentes. En este contexto, y dado que un porcentaje significativo de la muestra aceptó el biberón diseñado de forma individual según el pecho de cada madre y pudo mantener la lactancia materna después de su uso, se puede concluir que el biberón personalizado del estudio cumple con las funciones esperadas en un biberón¹⁶, desempeñando un papel crucial en la prevención de la confusión tetina-pezones en el recién nacido, fortaleciendo así la protección a la lactancia materna y aumentando la tasa de aceptación del biberón.

En cuanto al uso del biberón, persisten discrepancias en las recomendaciones para administrar leche extraída al bebé. Diversos organismos como la guía NICE y la iniciativa IHAN sugieren métodos diferentes, ya sea mediante taza, biberón o vaso. Una revisión sistemática, centrada en niños prematuros, indica que el biberón es preferible a la taza, ya que proporciona beneficios adicionales y favorece el mantenimiento de la lactancia materna. No se ha establecido claramente cuál método es superior¹⁷.

Ante esta falta de consenso, y siendo conocedores de que el 75% de las mamás usará biberón^{6,7}, la opción de ofrecer a cada madre la posibilidad de un biberón individualizado, representativo de su pecho, emerge como una solución adecuada. Este enfoque no solo aumenta las tasas de aceptación del biberón, sino que también favorece el mantenimiento de la lactancia materna, cumpliendo con las recomendaciones sanitarias y satisfaciendo el deseo de muchas madres de continuar amamantando a sus hijos.

Contar con herramientas y técnicas que contribuyan a mantener la lactancia materna desde el nacimiento, no solo trae consigo las ventajas descritas anteriormente. También beneficia a las familias, y a la sociedad¹⁷. Un estudio realizado en Estados Unidos señaló que la práctica de la lactancia materna supone un ahorro en general, al disminuir el gasto en fórmulas lácteas infantiles, menor gasto en cuidados de la salud por enfermedades y centros hospitalarios¹⁸.

En España, se estima que, en el 2014, el Sistema Nacional de Salud podría haber ahorrado más de 5,6 millones de euros por cada punto porcentual de aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva durante el 2014¹⁹.

Este estudio permite determinar que el biberón diseñado exclusivamente para esta investigación cumple con los objetivos planteados, aumentando las tasas de aceptación y apoya la protección de la lactancia materna.

Conclusión

- Usar un biberón individualizado para cada caso, con las características morfológicas y funcionales del pecho de

cada madre, contribuye a la prevención del factor de confusión del recién nacido protegiendo su lactancia materna, aumentando además las tasas de aceptación del biberón.

- Siendo así, el biberón de este estudio es una solución óptima y realista para dar la mejor respuesta a las necesidades actuales de las madres que prefieren continuar amamantando a sus hijos pero necesitan o quieren usar un biberón.
- Utilizar este biberón aumenta la tasa de aceptación, disminuye el riesgo de síndrome de confusión tetina-pezones del recién nacido, contribuyendo a la promoción y protección de la lactancia materna, en la que los profesionales sanitarios de la atención infantil desde el nacimiento, matronas, pediatras, enfermeras, están involucrados y comprometidos, siguiendo las directrices marcadas por la OMS, UNICEF con el refrendo de las asociaciones pediátricas mundiales como elemento esencial en el desarrollo del ser humano.

Conflicto de interés

Se confirma que no existe ningún conflicto de intereses que pueda afectar la objetividad y la integridad del trabajo presentado salvo que uno de sus integrantes forma parte del equipo de Happymami Lactancia SL.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Buckland C, Hector D, Kolt GS, Thepsourinthone J, Arora A. Experiences of young Australian mothers with infant feeding. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04796-8>
2. Hemmingway A, Fisher D, Berkery T, Dempsey E, Murray DM, Kiely ME. A detailed exploration of early infant milk feeding in a prospective birth cohort study in Ireland: combination feeding of breast milk and infant formula and early breast-feeding cessation. *Br J Nutr*. [internet] 2020 [citado 5 jul 2024]; 124(4):440-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32284077/>
3. Flaherman VJ, McKean M, Braunreuther E, Kair LR, Cabana MD. Minimizing the relationship between early formula use and breastfeeding cessation by limiting formula volume. *Breastfeed Med*. [internet] 2019 [citado 5 jul 2024]; 14(8):533-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31314569/>

4. Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. Población de 6 meses a 4 años. (s/f). INE [internet]. [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p07/l0/&file=03111.px>
5. Miranda C, de Sousa TM, do Carmo AS, Pereira SCL, Notaro KAM, dos Santos LC. Use of artificial nipples among Brazilian infants and associated factors. *J Trop Pediatr*. [internet] 2020 [citado 5 jul 2024]; 66(5):511-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32049350/>
6. Maxwell C, Fleming KM, Fleming V, Porcellato L. UK mothers' experiences of bottle refusal by their breastfed baby. *Matern Child Nutr*. [internet] 2020 [citado 5 jul 2024]; 16(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32558209/>
7. Kotowski J, Fowler C, Orr F. Bottle-feeding, a neglected area of learning and support for nurses working in child health: An exploratory qualitative study. *J Child Health Care* [internet] 2022 [citado 5 jul 2024]; 26(2):199-214. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33829871/>
8. Allen E, Rumbold AR, Keir A, Collins CT, Gillis J, Suganuma H. Avoidance of bottles during the establishment of breastfeeds in preterm infants. *Cochrane Libr*. [internet] 2021 [citado 5 jul 2024]; (10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34671969/>
9. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. *J Perinatol*. 2015; 35(11):895-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.83>
10. Traoré M, Traore I, Thiero O, Sidibé A, Maiga H, A Maiga O, et al. Facteurs associés à la cessation de l'allaitement maternel exclusif en milieu rural et urbain au Mali. *Sante Publique*. [internet] 2019 [citado 5 jul 2024]; 31(3):451-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31640333>
11. Bentley JP, Nassar N, Porter M, de Vroome M, Yip E, Ampt AJ. Formula supplementation in hospital and subsequent feeding at discharge among women who intended to exclusively breastfeed: An administrative data retrospective cohort study. *Birth*. [internet] 2017 [citado 5 jul 2024]; 44(4):352-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737234/>
12. Capilouto GJ, Cunningham TJ, Desai N. Quantifying the impact of common feeding interventions on nutritive sucking performance using a commercially available smart bottle. *J Perinat Neonatal Nurs*. [internet] 2019 [citado 5 jul 2024]; 33(4):331-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31651627/>
13. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr* [internet] 2010 [citado 5 jul 2024]; 156(4):562-7.
14. Benavente L, Campos M. Interrelación entre lactancia, fecundidad y mortalidad infantil. Asociación multidisciplinaria de investigación y docencia. Ministerio de Salud. Lima-Perú.
15. Shellhorn C, Valdés V. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF [internet] 1995 [citado 5 jul 2024]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual>.
16. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(1):7-14. Doi: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
17. García A, Guerrero E, Hernández MT. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
18. Gobierno de Cantabria. Dificultades de la lactancia materna disponible. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; 2007.
19. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J* 2020; 15(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-020-00277-w>



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.
- Enferteca: 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

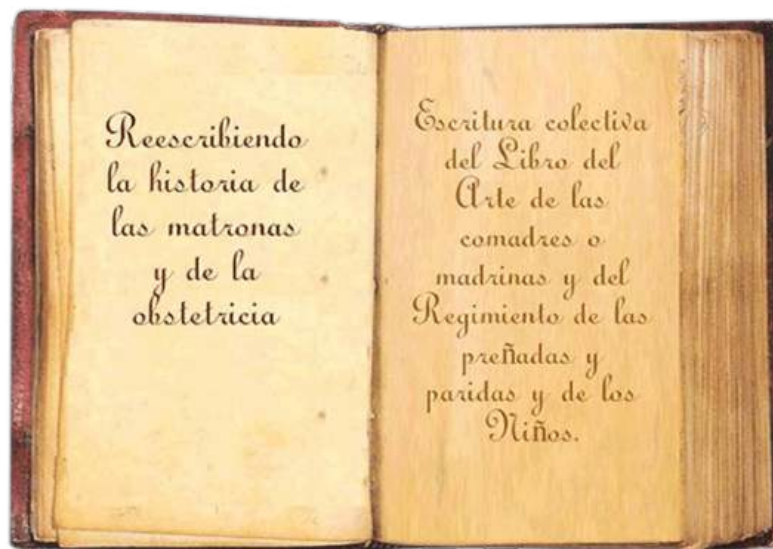


Escritura colectiva del 1^{er} libro español de obstetricia: Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños

Rosa M^a 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).



Actualmente, aún persisten justamente las voces que reclaman dar visibilidad a la mujer en su trabajo, las matronas, las primeras profesionales sanitarias en la historia de la humanidad como atestiguan los paleoantropólogos, a medida que ha ido avanzando la civilización han tenido mayor necesidad de incrementar su visibilidad social; esta que se ha visto empañada progresiva y paradójicamente, a pesar de que su campo de actuación profesional se ha ampliado con la atención a la mujer en toda la esfera de la salud sexual y reproductiva, además de la asistencia al parto por la que desde tiempo inmemorial vienen siendo conocidas aquellas primigenias parteras.

El devenir de oficio a profesión, de partera a matrona profesional, ha seguido un largo camino de siglos en los que han sufrido innumerables regulaciones para su ejercicio y prueba de su competencia, lo que atestigua la importancia

y necesidad social de su trabajo, hasta llegar al siglo XIX en que se inicia una formación académica que progresivamente se ha ido incrementando acorde con la evolución científica para satisfacer las necesidades sociales de una sociedad en desarrollo.

La incursión de los varones en el terreno de la asistencia a la mujer (en España a partir del inicio del siglo XVIII) supuso un antes y un después para las matronas: claramente fueron sometidas y postergadas a las ambiciones de los hombres que codiciando su terreno de asistencia como medio de acceso al mundo médico y consiguiente ascenso social y mayor retribución económica, y amparados por la sociedad patriarcal establecida desde tiempo inmemorial, no tardaron en posicionarse como la voz autorizada en la asistencia a la mujer y mantener a las matronas subordinados a su dictamen, a pesar de atesorar estas la sabiduría

de los siglos, transmitida de generación en generación, en el Arte de Partear.

Con el desarrollo de las ciencias médicas y la entrada en el escenario sanitario de innumerables profesiones, además de la centralización de la asistencia al parto en los hospitales, la figura de la matrona ha ido perdiendo el arraigo popular del que gozó por siglos.

La Asociación Española de Matronas, defensora como lo es del colectivo profesional, ha entendido desde sus orígenes que es necesario informar a la sociedad de quién es la matrona de hoy y ha prestado especial interés a hacer campañas de imagen (algunas ya relatadas en esta revista con anterioridad) y acciones que den visibilidad a la profesión, para lograr este objetivo.

Hace unos años, concretamente en 2011, coincidiendo con el XIV Congreso Nacional de Matronas, las organizadoras tuvieron la idea de reunir un buen número de congresistas para reescribir una obra importante para la obstetricia: el 1^{er} libro de esta ciencia en España, al menos de cuya existencia se tiene conocimiento, escrito en 1541 por un médico mallorquín Damiá Carbó, quien se autodefinía en el texto como "expertísimo doctor", aseveración que, conociendo la historia de la obstetricia, hay que poner en duda, al menos en lo referente a los partos ya que esta práctica estaba vetada para los hombres, que solo eran requeridos por la partera en la escena del nacimiento para practicar una obstétrica destructiva.

Sobre el libro

Aunque el título parece indicar que va destinado a la instrucción de las matronas (también llamadas en castellano antiguo, comadres o madrinan) es cuando menos incongruente que ese fuera el objetivo del autor a sabiendas de que la alfabetización de la época entre la población en general era mínima y la mayoría de quienes podían tener este privilegio eran exclusivamente hombres.

Carbó escribe el libro atendiendo a la petición de un caballero, cuya esposa no había logrado un hijo en ninguno de sus embarazos por lo que solicita "al maestro" ayuda, lo que le impulsa a este a escribir, dada su inexperiencia en el arte, con suma arrogancia- se podría afirmar, este manual para instrucción de las comadres o parteras: *"En esta obra les enseñaré su arte y las reglas y las formas que tiene que tener para ser suficientes y en buena conciencia puedan tal arte velar y aconsejar para la salud de las preñadas, paridas y criaturas al servicio de Dios, Nuestro Señor y su Bendita Madre"*.

Al respecto de la intención de Carbó se ha llegado a plasmar la tesis plausible de que fuera un intento como el de otros autores "doctos" medievales, de pretender relegar las intervenciones de las mujeres en materia de salud, que en

gran parte pertenecían al acervo cultural de las propias parteras, como lo hacían con el "encriptado" en latín de los conocimientos farmacológicos de forma que imposibilitaba la transmisión a las parteras que no conocían esa lengua (*Calatrava PM. Damián Carbón y la Instrucción de Comadres en la España del siglo XVI*).

De cualquier forma, esta obra tiene el privilegio de ser la primera en Obstetricia en nuestro país y su lectura refleja el marco de conocimientos médicos de la época bien alejados de la ciencia y bien marcados por la ignorancia científica y la superstición. Es interesante e incluso, divertida su lectura, porque demuestra que la supuesta superioridad de los conocimientos médicos era una absoluta falacia y menos en este campo, en el que su inexperiencia por razones ya alegadas, era total. Pero así se escribe la historia...

Reclutar voluntarios para la actividad extraordinaria

En los preparativos del Congreso se dirigió una nota a todos los congresistas para solicitar su participación voluntaria en la actividad programada explicándoles la intencionalidad de esta:

"Con esta actividad pretendemos rendir un homenaje a todos cuantos nos precedieron en el arte de partear, incluido el autor de la obra Damiá Carbón quien escribió este primer libro para las matronas españolas en 1541.

Pero no solo es esta la única pretensión de esta iniciativa, es además, la de acercarnos al entendimiento del desarrollo histórico de la profesión porque los libros de textos, a falta de una historia crítica, son la fuente de mayor autoridad dentro de la historia, en este caso, del Arte de Partear, una actividad importante aunque no única de nuestra profesión de matronas y de la obstetricia, y de las propias matronas como colectivo profesional.

Ahondando aún más en nuestros propósitos, intentaremos que esta actividad se publicite, porque la actividad de matrona, que sin duda tiene un gran potencial en relación con la asistencia a la mujer, resulta apenas conocida actualmente para muchas de ellas, por eso las matronas debemos traspasar nuestro ámbito de trabajo y mostrar al público nuestro verdadero trabajo, para que utilicen nuestros servicios y a la vez, con un buen trabajo realizado, nos otorguen el valor que merecemos.

La Asociación Española de Matronas ha mostrado especial sensibilidad con la difusión del conocimiento historiográfico de la profesión para lo cual ha realizado un gran esfuerzo humano y económico desde la propia entidad, editando la colección titulada Recuperar los Pilares del Saber, que ya cuenta con tres facsímiles editados sobre la Obstetricia antigua.

El libro resultante de este trabajo colectivo, reescrito al modo en que lo hacían los antiguos amanuenses, resultará original en su confección porque serán muchas y diferentes manos las que reescriban este texto: las de personas unidas por una dedicación, la profesión de matronas y un sentimiento común, el de avanzar en nuestro cometido profesional de asistencia a las mujeres.

El grato recuerdo de esta contribución personal reforzará el sentimiento de que la unión hace posible logros mayo-

res y, por supuesto, a través de ella, conoceremos un poco más de nuestra propia historia y la de nuestro 'Arte'.

Este congreso, en el que se enmarcó esta actividad extraordinaria, fue realizado en el Gran Anfiteatro, el que desde 1834 fuera asiento del Colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos (actual sede del Colegio de Médicos y del Ministerio de Administraciones Públicas). Un solemne edificio en el que el tiempo no ha borrado la impronta de su belleza y magnificencia y atesora parte de la historia de la medicina en España.



Gran anfiteatro



Vista general de los congresistas

La actividad programada se llevó a cabo en el llamado pequeño anfiteatro, de características históricas similares al gran anfiteatro pero sin su riqueza ornamental, en otro tiempo aula para formación médica en el que destacan lápidas conmemorativas dedicadas a

Sánchez Toca, Argumosa y Mata y las más modernas a Marañón y Hernando Ortega, mientras que otras evocan el magisterio ejemplar de Oláriz-Alonso, Sañudo y San Martín, por sus discípulos de la promoción de 1909.

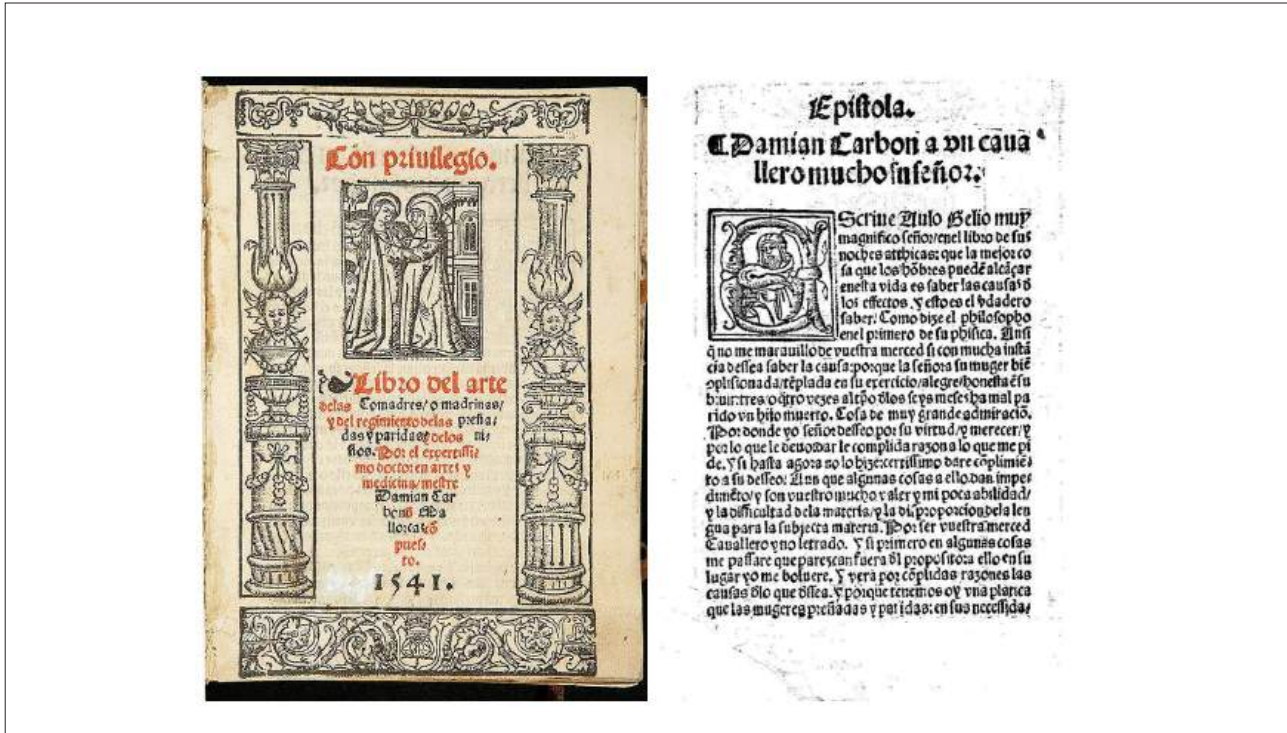


Asistentes a las actividades programadas

Se trabajó sobre el ejemplar depositado en el Fondo Antiguo de la Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid, "Marqués de Valdecilla".

A la llamada de la Asociación Española de Matronas (AEM) respondieron 140 congresistas que dedicaron

más de dos horas a la escritura, en un ambiente entusiasta y de camaradería en este marco incomparable, quedando para la posteridad y en el recuerdo de los participantes, esta iniciativa pionera en nuestro colectivo de matronas.



Ejemplar depositado en la Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid, "Marqués de Valdecilla". Prólogo de la obra.

SOLEDAD CARREGUÍ VILAR

Matrona, la tenacidad en persona, motor y referente del cambio en la atención al parto normal



Nuestra entrevistada para este número es la personificación de la tenacidad, la constancia y la lucha por los derechos de las mujeres. Defensora de la Atención al Parto Normal y, sobre todo, en la Humanización en la praxis obstétrica.

Soledad, Sole, como la conoce todo el mundo, ha sido durante más de 20 años la supervisora "líder" del Servicio de Partos del Hospital de La Plana, en Vila-real (Castellón), un lugar que ella ha puesto en el mapa y del que con orgullo ha presumido allá por donde fuera a difundir los cambios en el modelo asistencial en la atención obstétrica. Mujer apasionada y entregada en cuerpo y alma a su profesión.

Pregunta: Bueno, Sole, por fin puedo realizar una de las entrevistas más deseadas y esperadas, al mismo tiempo que menos objetiva puedo ser. Nos conocemos desde hace muchos años y hemos compartido momentos alegres, tristes y siempre en "el frente", defendiendo la profesión y a las mujeres. Quisiera empezar porque la gente te conociera, desde tus inicios, las personas como tú se hacen, sí, ¿pero también nacen?

Respuesta: ¡¡Ay, Mare!! Me da un poco de pudor hablar de mí cuando siempre hablo de mi trabajo, de la profesión, pero tienes razón, hay un principio. Nací en una familia muy sencilla del pueblo de Nules en Castellón. Soy la segunda de cinco hermanos, una familia numerosa a la que le debo todo. Mi padre era agricultor y con mucho esfuerzo levantó una empresa de insecticidas y productos para el campo, fue mi ejemplo para valorar el esfuerzo, el trabajo, la tenacidad y la pasión por aquello a lo que se dedicaba; él no tuvo estudios, pero era una persona muy inteligente y con mucha capacidad para aprender, lo que le llevó a ser un experto en su ámbito sin tener una formación reglada.

P. Ahora entiendo mucho mejor de dónde te viene esa personalidad, eres hija de tu padre, has heredado esas cualidades que describes. ¿Qué crees que has heredado de tu madre?

R. Pues posiblemente lo trabajadora y cuidadora que es. Mi madre es una mujer muy trabajadora, exigente, cuyo trabajo, aunque no remunerado al igual que el de tantas mujeres, fue en el ámbito de cuidar sobre todo a sus hijos y posteriormente, a mi abuela que vivió con nosotros toda la vida.

P: Eres de las pocas personas que vive, reside, en el mismo lugar donde naciste, ¿estás muy aferrada a tus raíces?

R: Pues parece que sí porque tengo recuerdos muy bonitos de la infancia rodeada de mucha gente, familia y amigos, de las fiestas de mi pueblo, de los veranos en la caseta de la playa de Nules. Quizá, por ello, siga viviendo en el mismo pueblo con mi familia, mi marido Albert y tres hijos maravillosos: Guillem, Sole y Mariola. Soy muy afortunada de tenerlos, para mí son lo más importante, pero también he contado con una red familiar y de amigos que me han demostrado apoyo en todo momento.

P: Sin antecedentes familiares en la rama sanitaria, ¿cómo te decides a estudiar enfermería?

R: Al finalizar mis estudios de COU, tenía claro que me dedicaría a la rama sanitaria, no sé por qué esta vocación, quizás me gustaban las ciencias, la biología y en aquellos test que nos realizaban para orientarnos en el instituto, ya se veía claramente mis preferencias por el mundo sanitario.

Tras finalizar selectivo elegí enfermería porque me apetecía más la faceta de los cuidados y por aquel entonces, consideré que la carrera de medicina era muy larga. Me formé en

la Escuela de Enfermería del Sagrado Corazón de Castellón que estaba adscrita al Hospital General de Castellón.

P: ¿Qué recuerdos tienes de esa época de estudiante? ¿Es entonces cuando descubres tu vocación de matrona?

R: De esta temporada guardo muy gratos recuerdos de los compañeros, de todos los profesionales que me encontré en los diferentes ámbitos donde realizaba las prácticas. Entonces en la escuela era "obligatorio" ver al menos tres partos y todos los alumnos pasábamos por paritorio; yo no tenía especial interés, pero como no tuve rotatorio en maternidad, dediqué tres días de prácticas para poder conocer el trabajo del paritorio.

Esta experiencia realmente no me agradó demasiado, pensé que lo último que sería en este mundo sería matrona. Estuve en un paritorio que estaba en obras, con un ambiente oscuro, de aspecto envejecido, con una sala grande donde había cinco camas ocupadas por mujeres que estaban chillando, solas, conectadas a un monitor y que no se podían levantar de la cama. Este ambiente realmente me asustó y no me permitió saborear la magia de los nacimientos.

P: Vaya, entonces ¡fue una experiencia negativa! Y ¿qué hiciste, cómo llegaste a estudiar la especialidad de matrona?

R: Es un poco largo, porque hice un periplo antes con otros estudios, te cuento:

En el año 1996 finalicé mis estudios de enfermería con muy buenas notas, era una alumna muy aplicada tanto en el estudio como en las prácticas que me apasionaban. Trabajé como enfermera en planta de hospitalización, quirófano, UCI, pero mi gran pasión era el área quirúrgica. Mis ganas de aumentar mis estudios me llevaron a matricularme en la Universidad Rovira i Virgili para iniciarme en la Antropología, pero pronto abandoné y me di cuenta de que no era el camino que debía seguir.



Sole con los compañeros de su promoción

P: Y sigue contándome, porque presumo que te fuiste enamorando de la profesión poco a poco... ¿no es así?

R: Pues la verdad es que sí. Dadas las pocas salidas que tenía como enfermera para seguir estudiando, decidí presentarme al EIR de Matrona para probar suerte y sin apenas estudiar quedé a un número para poder coger plaza, así que esta situación me indignó y me motivó para estudiar con más fuerzas para lograr mi plaza como residente, en otra convocatoria.

Al siguiente año 1998, aprobé y pude elegir la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana y el Hospital General de Castellón para formarme como matrona. Realmente mi motivación era continuar con mi formación, pero poco a poco la matronería me fue absorbiendo, transformando y hoy en día me siento muy orgullosa y agradecida con la vida por darme esta increíble profesión que marca una manera de ser y una manera de pensar.



Con parte del equipo obstétrico del Hospital de La Plana

P: Y ¿qué recuerdo tienes de tus años de residente?

R: Los dos años de residencia fueron muy intensos, con mucho trabajo, pero también muy satisfactorios, recuerdo muchas vivencias en el paritorio junto con mis compañeros co-R, Marisa, Jairo, Merche y Nuria y aquellas matronas de las que tanto aprendí, de mi tutora Consol Gil con la que asistí mi primer parto, eso nunca se olvida.

P: Acabaste tu residencia en el año 2000, es decir, eres de la promoción millennial de matronas. ¿Crees que eso influyó en los inicios profesionales?

R: Te diría que no, pero creo que sí. Cuando finalicé éramos las "Matronas del 2000", nos sentíamos importantes, íbamos a iniciar milenio y centenario, teníamos un gran futuro. Mi primer contrato como matrona fue en el Hospital de la Ribera en paritorios, allí llegué en un momento con



muchísimo trabajo, en una guardia llegué a asistir a ocho mujeres, era agotador, paralelamente a este trabajo cubrí el Centro de Salud de Onda, era un momento difícil donde no había matronas y la Administración permitía que hiciese dos trabajos a la vez por fuerza mayor para atender a las mujeres. Esta situación era agotadora, pero la pasión, las ganas y la ilusión de los inicios... pueden con todo.

P: Eso sí es verdad, las matronas, en general, somos muy apasionadas con nuestro trabajo y la falta de matronas ya es un hecho constante desde hace muchos años. ¿Cuándo inicias tu camino como supervisora de partos en el Hospital de La Plana?

R: Pues en septiembre de ese mismo año, me llamó la Directora de Enfermería del Hospital Gran Vía, en aquel entonces, M^a Carmen Amer, una gran persona y profesional que conocía mi capacidad de trabajo ya que, tras finalizar enfermería, estuve prácticamente un año realizando prácticas voluntarias en el hospital para formarme en quirófano que era un área que me atraía muchísimo.

Se enteró que había finalizado la especialidad y dada la falta de matronas y la necesidad de iniciar un Servicio de Partos en el nuevo Hospital de Vila-real, me pidió que les ayudaría a organizar el servicio ya que en breve estaba prevista su apertura y no tenían experiencia puesto que, en el antiguo Hospital Gran Vía, no disponían de Servicio de Obstetricia.

P: La verdad que iniciar un servicio en un hospital nuevo era de lo mejor que te podía pasar, pero también tiene sus pros y sus contras. ¿Qué supuso para ti?

R: Para mí esto fue un reto y a la vez una oportunidad, por lo que no dudé en embarcarme en el proyecto. Cuando llegué al nuevo hospital aún había restos de la obra, me encontré con un paritorio muy pequeño con cuatro

salas de dilatación-recuperación, dos paritorios, salas de reconocimiento y unas cuantas habitaciones pequeñas que tuvimos que asignar para lencería, farmacia..., un paritorio sin luz, interior y no disponía de ningún equipamiento ni material. Me puse a trabajar duro para que todo estuviera a punto, recuerdo con ansiedad los inicios, pero a la vez con mucha ternura.

P: ¿Cuáles fueron las mayores dificultades a las que tuviste que hacer frente?

R: Pues la verdad que tuvimos mucha suerte porque pronto llegaron los recursos humanos, compañeros/as matronas contratados para trabajar allí. En principio se asignó una matrona por guardia ya que el hospital tenía una previsión de un parto al día, situación que negocié y conseguimos que fueran dos matronas por guardia ya que yo preveía, por la experiencia en Castellón, que íbamos a tener más partos. El primer año ya tuvimos 1.300 partos, pero gradualmente fuimos en aumento y llegamos a tener prácticamente 2.000 partos en el año 2008.

P: Tú y yo sabemos que hacer que un equipo funcione cohesionado en una misma línea es el deseo o sueño de cualquier supervisora. ¿Cómo lo lograste?

R: Yo era la más joven del equipo, compañeras matronas con más experiencia y compañeras auxiliares de enfermería que venían de otros servicios del hospital que prácticamente ninguna había estado en el servicio de partos con anterioridad. Reconozco que fue difícil crear un equipo en un entorno que se inicia de nuevo y donde cada uno trae sus experiencias de otros hospitales, pero aun así se generó un buen ambiente donde se respiraba la ilusión por empezar y las ganas de hacer.

P: Y ¿con el equipo de ginecólogos? Porque eso siempre es lo más difícil, aunque sé que tú tuviste un Jefe de

Servicio del que muchas teníamos envidia, aunque esta fuera sana....

R: Sí, lo sé, ¡fue fundamental! Prácticamente al año de la apertura del hospital vino otro Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología que era el Dr. Manuel Fillol. Desde el primer momento intuí que íbamos a tener una buena relación, su capacidad de escucha, su trato respetuoso y su personalidad sencilla, me dieron toda la confianza para tratarnos a un mismo nivel, aspecto muy infrecuente dentro de una estructura sanitaria tan jerarquizada. Hicimos un dúo que lideró con el mismo rumbo, de hecho algunos nos llamaban "matrimonio profesional", su apoyo fue fundamental para iniciar el cambio.

P: ¿Cuál sería lo que yo considero el secreto para ese éxito por tu parte?

R: Pues lo desconozco, pero lo cierto es que en poco tiempo se generó un caldo de cultivo de valores como el trabajo en equipo, la necesidad de innovar, de realizar buenas prácticas clínicas, de poner en valor la capacidad de trabajo, de mejora constante, de esfuerzo y de entrega a las mujeres y sus familias. El equipo de matronas lo ponía muy fácil, excelentes profesionales que acompañaban desde la calidad y la calidez, al igual que el colectivo auxiliares, entregadas, con una gran capacidad de aprendizaje y con una profesionalidad reconocida tanto por las mujeres como por el resto de profesionales.

P: Y ¿no hubo ninguna "resistencia por parte de los ginecólogos? Cuesta creerlo, la verdad...

R: Bueno, sí, es cierto. En cuanto al colectivo de ginecólogos fue un poco más difícil, pero totalmente entendible,

dada la elevada medicalización y la mayor responsabilidad. Aun así, guardo mucho cariño a tantos obstetras que se han cruzado en mi camino y aún con las nuevas instalaciones del paritorio del Hospital de la Plana, diferencias propias que surgen de las situaciones del día a día, les agradezco todos los debates y el esfuerzo en escucharme para cambiar esa mirada que siempre he querido transmitirles: la del respeto por el proceso de parto y nacimiento, la de evitar intervenir cuando no es necesario, la de la humanización.

Podría hacer una lista enorme de todos estos compañeros/as que confiaron en mi liderazgo como supervisora del Servicio de Partos del Hospital de La Plana, en los que siempre he encontrado apoyo y entendimiento para ir progresando, innovando y mejorando la asistencia que ofrecemos a las mujeres y sus familias, a todos ellos desde aquí todo mi agradecimiento.

P: Sabes, y todas las que te conocemos también, que todo tu esfuerzo y empeño en cambiar el modelo de atención obstétrica ha puesto a tu hospital y a Vila-real en el mapa, convirtiéndose en un referente en España...

R: Sí, lo sé. Actualmente el Hospital de La Plana es un centro referente en la asistencia al parto normal y así lo demuestran nuestras instalaciones, prestaciones e indicadores. Esta trayectoria me ha supuesto un elevado esfuerzo personal y profesional. Cualquier profesional que se haya dedicado a la gestión, y más desde un cargo intermedio, conoce el esfuerzo por conseguir cualquier logro, por gestionar a un equipo humano intentando atender sus necesidades, por mantener el servicio, por velar por los usuarios, por innovar, por difundir, por formar...

P: Al respecto de eso, ¿por qué crees que tan pocas matronas aceptan ser supervisoras de un servicio de paritorio y suelen ser enfermeras las que aceptan el cargo?

R: Pues es un cargo muy poco reconocido y a la vez implica una entrega absoluta de tu tiempo para hacer que realmente funcione, ya que has de abordar e implicarte en todas las facetas que debemos cubrir de forma completa: la gestión, la asistencial, la de formación e investigación.

P: ¿Tú te formaste en gestión previamente?

R: Mi inicio en la gestión fue autodidactica, pero reconozco la importancia de la formación, considero que el líder "nace y se hace", es por ello por lo que realicé el Máster Oficial en Administración Sanitaria en el Instituto Carlos III de Madrid en el año 2013.





Despedida de una de las promociones de EIR del Hospital de La Plana, premiadas por su TFR

P: Respecto a la docencia, cada año muchos residentes, de aquí y del resto de España, quieren pasar por tu hospital con un rotatorio externo. Has sido tutora y docente de la Unidad Docente de la Comunidad Valenciana, cuéntame algo de esto.

R: En el año 2007 conseguimos la acreditación para iniciar la formación de Residentes de Matrona, desde entonces hasta este año, he sido tutora de residentes además de profesora de la Unidad Docente de Matronas ofreciendo mis conocimientos y experiencia sobre todo en el ámbito de la fisiología del parto, del taller de suturas, del manejo de las distocias y del parto en el agua.

Estoy muy agradecida con la Unidad Docente, ya que durante más de 16 años me ha dado la oportunidad de formar a las nuevas profesionales, ellas son nuestro futuro y creo firmemente en sus capacidades para mejorar la profesión y ofrecer una mayor calidad asistencial.

P: Desgraciadamente, y sin profundizar en el tema, has dejado de ser supervisora recientemente tras más de dos décadas, sobre todo por razones políticas más que profesionales, pero ¿qué te llevas de tu experiencia como supervisora durante todos estos años?

R: Lo más importante es que he tenido la oportunidad de aprender de matronas referentes a las que admiro profundamente y las que me han guiado y motivado para avanzar y mejorar, entre ellas Maribel Castelló, Clara Moreno, M^a José Alemany, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Laura Fiteras, Dolors Costa, Gloria Seguranyes. Lourdes Margaix, Cristina Martínez, Ramón Ecuriet, Fátima León, Paqui Postigo, Luccia Rocca y muchas más compañeras empoderadas, fuertes, convincentes y apasionadas con su profesión.

Realmente ha sido un orgullo el compartir experiencias con compañeras tanto a nivel nacional como internacional

en estos últimos años ya que he participado en múltiples jornadas, cursos, encuentros, congresos con el fin de difundir mis conocimientos y experiencia, además de promover las buenas prácticas clínicas y el modelo asistencial implementado en el Hospital Universitario La Plana.

P: También estuviste dentro de la Associació de Comares de la Comunidad Valenciana (ACCV) ¿Cómo fue esa experiencia?

R: Fui secretaria de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana durante ocho años cuando la presidenta fue Lourdes Margaix. Tengo un gran recuerdo del grupo de trabajo de la junta directiva, de la ilusión por organizar formaciones, atender a las compañeras, defender la profesión. Una etapa que me permitió conocer a compañeras de otras asociaciones y compartir experiencias y crecer personal y profesionalmente.



Soledad Carreguí

P: He leído tu currículum (CV) y es impresionante, pero haciendo un resumen, ¿qué destacarías de él?

R: Me lo pones difícil, la verdad, pero puestos a resumir y destacar, he participado en diferentes actualizaciones de programas y trabajos, así como la realización de formación a otros profesionales impulsados por la Conselleria de Sanitat con el fin de promover una práctica asistencial actualizada y de calidad.

También he sido miembro del tribunal en varios procesos selectivos de personal en el Sistema Público de Salud de nuestra Conselleria de Sanidad.

Y creo que entre lo destacable es que he sido miembro del Comité de Evaluación de la Estrategia del Parto Normal del Sistema Público de Salud colaborando con el Ministerio de Sanidad mediante la participación en seminarios

de formación y comités de evaluación de buenas prácticas clínicas.

No quiero olvidar el documental *Parir en el siglo 21*, que hicimos para denunciar la violencia obstétrica que desgraciadamente aún sufren algunas mujeres.



Documental *Parir en el siglo XXI*, rodado en el Hospital de La Plana por la productora Barret (2021)

P: También eres miembro de una organización o grupo de trabajo europeo, ¿es así?

R: Sí. Desde el año 2017 participo como miembro del grupo de trabajo *Midwifery Unitt network Europa* (MUNET) con el fin de mejorar la calidad asistencial de las mujeres en su salud reproductiva mediante la promoción e implementación de los Centros de Nacimientos.

Este mismo año 2024, se constituyó la asociación de MUNET España, que será la encargada de impulsar los Centros de Nacimiento aquí en España, y ocupo el cargo de Vicepresidenta de dicha asociación.

P: Y además de tutorizar los Trabajos de fin de Residencia (TFR) de varias o casi todas las promociones de EIR de matrona de tu hospital que han obtenido algún premio que otro, ¿desarrollas tu faceta investigadora fuera de la UDM?

R: Sí, participo como investigadora principal del proyecto NAIXEM, que es un proyecto estratégico colaborativo subvencionado por la Agencia Valenciana de Innovación para generar conocimiento y recursos con el fin de innovar y trabajar para mejorar la experiencia, los entornos, la asistencia y la seguridad en la atención al embarazo, parto y puerperio bajo el modelo de los Centros de Nacimiento (<https://naixem.com/>).

P: Tú y tu servicio, a lo largo de estos años, habéis obtenido muchos premios: en 2008 Premio a la Calidad en el Sistema Nacional de Salud, Premio a las Mejores Prácticas Clínicas otorgado por el Ministerio de Sanidad, en 2009 Premio Mención Honorífica a la actividad Enfermera, 2011 Premio Gran Insignia de Oro al Servicio de Partos, en 2021 el reconocimiento con sello de buena práctica clínica del Sistema Nacional de Salud con la práctica "Implementación del uso del agua durante el proceso de parto en el Hospital Universitario La Plana"



Reunión equipo *Midwifery Unitt network Europa* (MUNET).



Entrevista con motivo de la entrega del premio a la Salud de Onda Cero Castellón 2024, reconociendo los 23 años de experiencia de Soledad Carreguí

y el último en este año 2024, el "Premio Onda Cero Castellón en la Categoría de Sanidad". ¿Te queda algo pendiente?

R: Pues sí, la que con más orgullo y fuerza he defendido y que no me han permitido lograr, te explico: lideré la propuesta del primer centro de nacimientos en la Comunidad Valenciana adjunto al Hospital Universitario La Plana que llegó a ser aprobada en Les Corts Valencianes y tenía un presupuesto aprobado, pero con el cambio de gobierno se paralizó.

Es una sensación dolorosa terminar así mi etapa como supervisora porque he considerado el Hospital de La Plana y sobre todo al equipo del Servicio de Partos como mi gran familia, he pasado gran parte de mi vida allí y siempre estaré agradecida por haber vivido esta experiencia. A todos los compañeros/as que han pasado el hospital y a los que siguen estando, le doy las gracias por todo el cariño recibido y por haber hecho esto posible.

Han sido más de dos décadas dedicada y entregada a la Sanidad Pública a la que considero un gran tesoro que hay que cuidar por el bien de todos.

P: Creo que casi todo el colectivo de matronas de España se ha solidarizado contigo y ha reconocido toda tu trayectoria hasta el momento, pero no nos podemos permitir que unos pocos acaben con lo que es nuestro bagaje profesional, queda más vida. Y a propósito de esto, ¿cuál es tu futuro profesional?

R: Ahora siento que mi futuro es incierto, pero confío que llegue una nueva etapa, llena de ilusiones para seguir acompañando a las mujeres y a sus familias como se merecen, dando lo mejor de mí. Me reconforto porque actualmente estoy realizando mi tesis doctoral sobre parto en el

agua en el programa de Doctorado de Ciencias Biomédicas de la Universitat Jaume I de Castellón.



Representantes de matronas tras el pleno de Les Corts en que se aprobó el proyecto de la Casa de partos del Hospital de la Plana, la 1ª de estas características en la Comunitat Valenciana

Sole, hemos llegado al final de este rato entre amigas manteniendo una grata conversación, ha sido un verdadero placer compartir este tiempo contigo, tienes toda mi admiración. Tenía como objetivo que nuestras lectoras/es conocieran a la persona que hay detrás de la gran profesional que eres. Como dije en los inicios, te has hecho a ti misma, cierto, pero has heredado las herramientas necesarias para llegar tan lejos como has llegado hasta el momento: el tesón de tu padre y la capacidad de trabajo de tu madre, todo esto, rodeada de una espectacular familia que te ha sostenido en los momentos críticos, que también se tienen en este andar peleando.

No todo han sido rosas, también ha habido espinas, pero desearía, tanto personalmente, como en nombre de la Asociación Española de Matronas, que cierres esta etapa para iniciar otra, con la sensación y la certeza de sentirte muy querida por quienes te conocemos, que somos muchos, pero sobre todo, reconocida por todo lo que has hecho por las mujeres, sus familias y por las matronas/es. ¡GRACIAS!

Sirva esta entrevista como reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando desde hace algún tiempo para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas y matrones que forman o han formado parte de la historia de la profesión, en tu caso, por iniciar el camino de humanización en los paritorios, cambiando el modelo de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Redacción Asociación Española de Matronas

AGENDA

La AEM reclama a la C.A. de Madrid por su nueva intervención en la mejora de la Atención Primaria que deja fuera a enfermeras, matronas y fisioterapeutas

Parece que la Comunidad Autónoma de Madrid continúa con una política errática en la búsqueda de soluciones para mejorar la Atención Primaria. Su oferta de incentivos económicos a los médicos, negándoselos al resto de profesionales que componen el equipo multidisciplinar, es un agravio comparativo y un desprecio hacia los demás sanitarios que son la otra gran parte de la fuerza del sistema de salud. En consecuencia, no es creíble que tanto la Presidenta como la Consejera de Sanidad quieran empoderar la enfermería en la Comunidad de Madrid, porque lo cierto es que su oferta de mejoras "no retributivas" parece una ofensa para estos colectivos. Prioridad en la formación que imparte la Gerencia de Atención Primaria, puesto que el resto de medidas que propone ahora, aplicación de un incremento del 50% de puntuación por mes trabajado para la bolsa o la propuesta de incrementar los puntos por haber prestado servicios en estos centros de difícil cobertura para futuras Ofertas de Empleo (OPE) o cualquier proceso selectivo, ya se contemplaban en los acuerdos firmados en Mesa Sectorial que se están negociando los Centros de Difícil Cobertura, incumpliendo en algunos de sus puntos, como el reconocimiento de los dos primeros niveles de Carrera Profesional cada tres años.

Hace poco anunciaba la Presidenta en la Asamblea de Madrid un nuevo incentivo mensual de 500 euros desde el mes de mayo para todos los médicos de los centros de salud de difícil cobertura, tanto para los ya adscritos como para las nuevas incorporaciones. Este incremento se suma a las mejoras retributivas recogidas en el Plan Integral de Mejora de Atención Primaria 2023 que además recogía la creación de la productividad fija por ruralidad, con un aumento medio de 310 euros por facultativo. También incluía un reconocimiento de 450 euros men-

suales por población atendida, 500 para el turno de tarde fijo y 300 para quienes realizaran rotaciones de mañana/tarde de manera habitual. Y se establecen módulos de cuatro horas extra con una retribución de 50 euros por cada una de ellas; además, otros incentivos como la posibilidad de participar en proyectos de investigación y docencia, que se une a la oferta de contratos estables de tres años de duración a los residentes que terminen su formación el próximo mes de septiembre.

Parece que poco han servido tantos incentivos porque la realidad es que no solo sigue habiendo centros de salud sin médicos ni pediatras por la tarde, sino que han aumentado en número los centros sin estos profesionales, demostrando que esta medida es del todo equivocada. En estos centros, solamente la profesionalidad y dedicación de las enfermeras, a las que la Comunidad vuelve a menospreciar con sus actos, está garantizando la correcta atención a los usuarios de la Comunidad de Madrid. Se olvidan los políticos que los médicos sin la enfermería tendrían mucho menos valor, que el sistema no se mantiene solo con médicos y, por tanto, la enfermería merece el justo reconocimiento a su importante labor en la sanidad. ¡Políticos, no sigan ofendiendo tan descaradamente a la enfermería, y especialmente de manera reiterada a las Matronas, que es una de las bases del SNS y actúen con juicio y sin aceptar las presiones infinitas, e incluso extorsionadoras en tantas ocasiones, que vienen ejerciendo una gran parte de los médicos!

La Asociación Española de Matronas (AEM), en lucha por la mejora de las condiciones de las Matronas de la CAM desde hace varios años, con más ímpetu aún continua, con su reclamación ante la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén inaugura las jornadas de enfermería de CC.OO.

El pasado 10 de mayo, CC.OO. Federación de Sanidad y sectores sociosanitarios de la Comunidad de Madrid programaron una jornada bajo el título "Especialidades de Enfermería y cuidados Avanzados: Historia y oportunidades". El Comité Organizador de las mismas solicitó a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén que hiciera la conferencia inaugural con la ponencia titulada: "Últimos cuarenta años de la profesión de Matrona en España".

Sin duda, esta ha sido una inusual llamada porque los sindicatos jamás se han ocupado de los lícitos intereses y derechos de las matronas que sistemáticamente han olvidado en las mesas de negociación; desde la AEM auguramos que haya sido una respuesta a los últimos años en

los que nuestra asociación ha mantenido múltiples conversaciones con todos los sindicatos sectoriales de Madrid por las penurias que vienen infringiendo a las matronas de la comunidad, y haya caído en cuenta (al menos esta organización) de que las matronas merecen un trato justo y digno y tenemos mucho que decir y hacer en el engranaje sanitario.

No podían haber escogido a mejor ponente, concedora en primera persona y hacedora de los cambios más significativos de la profesión en los últimos 40 años, defensora a ultranza de la profesión que ha ejercido dignificándola con un trabajo exquisito, defendido y lo sigue haciendo aun en su jubilación.

Adiós al Sindicato de Matronas



Apenas hace unas semanas se comunicó la disolución del Sindicato SIMAES, el primero y único sindicato de Matronas y solo para Matronas, de ámbito Estatal y políticamente independiente, creado en 2015. Es lamentable, aunque era previsible, que el esfuerzo de las personas comprometidas que iniciaron esta acción dando sus primeros pasos en la acción sindical con fuerza y grandes dosis de ilusión, hayan puesto punto final a esta empresa. Isabel Manzano Alonso, María Henar García Muñoz, Ana Cristina Trancón Miguel, Concha Calle Porras, María Isabel Castelló López, Purificación Collado Caldera y D^a Salomé Álvarez Rodríguez, todas ellas matronas que actuaron en calidad de promotoras, dieron vida a esta iniciativa con la inestimable colaboración de Juan Antonio Arias Prieto, como Coordinador General de SIMAES.

De lejos es notoria la crisis de representatividad sindical, que indefectiblemente genera carencias de representación real de los intereses de los trabajadores, lo que se

traduce en un sentimiento bastante generalizado de distancia entre la actividad sindical y los trabajadores porque estos no perciben el beneficio de la acción sindical. En el caso de las matronas, esta distancia hace mucho tiempo que se hizo inmensa porque no nos sentimos representadas ni siquiera por el Sindicato Estatal de Enfermería, ya que ilegalmente nos convirtieron en un reducto dentro de la Enfermería a resultas de lo que nuestro colectivo no interesa, pues los votos de este corpúsculo, poco pueden inclinar la balanza de los intereses sindicales.

Por otra parte, a la indefensión sindical se suma la del propio órgano representativo de la profesión, con lo cual la voz de las matronas difícilmente es audible en los pactos de las mesas sectoriales, que es donde se decide el futuro de los trabajadores.

SIMAES conocía esta realidad por eso dio el paso aunque sabía *a priori* que nunca llegarían a estar en esas mesas

de decisión, simplemente por una cuestión de número, pero las matronas tampoco han respondido como era de esperar; las matronas "envidiadas y odiadas" dentro de la profesión enfermera, nunca alzarían a SIMAES a lograr la representación nacional, pero aun con todo, la decisión de las promotoras de ejercer la fórmula de la reclamación, de la reivindicación y la de la denuncia a fin de intentar evitar cuantos atropellos *in crescendo* venimos sufriendo las matronas, pensaron que tendría su trascendencia.



Dcha. a Izq. Isabel Manzano Alonso (Secretaria General de SIMAES), Concha Calle Porras, Ana Cristina Tarancón Miguel, Purificación Collado Caldera, Salomé Álvarez Rodríguez, Henar García Muñoz y M^a Isabel Castelló López

SIMAES lo ha intentado, y queremos destacar la ingente y puntual actividad del Coordinador General que, a diario, informaba de todos los asuntos de interés relacionados con la profesión que emanaban de los organismos públicos y sus propias acciones en defensa del colectivo. SIMAES se lanzó hacia sus objetivos que, entendemos, eran los de todas las matronas, con un espíritu luchador, saliendo de su zona de confort para trabajar por el colectivo.

Pero no ha habido relevo para continuar con esta tarea que implica esfuerzo y compromiso y por ello esta "aventura" termina en 2024; a pesar de ello el esfuerzo de SIMAES no ha sido vano, independientemente de los pequeños logros concretos, han dado un ejemplo de unidad y lucha colectiva. Como dijo George Herbert "debes perder una mosca para atrapar una trucha" y cierto es que han gastado su tiempo y su ilusión sin lograr "una trucha grande" que hubiéramos deseado todas las matronas por nuestro bien, pero al menos, han conseguido el respeto y la admiración de muchas por el paso adelante que dieron en defensa del colectivo profesional. Entre la Asociación Española de Matronas y SIMAES fue fácil establecer una relación de colaboración porque todo aquello que beneficie a las matronas, la AEM tiene por objetivo acogerlo de buen grado para generar más fuerza de cara a la defensa de la profesión y así hemos venido colaborando estos años.

¡Gracias, SIMAES!, con todo el reconocimiento y la gratitud de la AEM os deseamos a todos los que os embarcasteis en esta tarea que, el recuerdo de este tiempo y esfuerzo empleado, os dé la liberación placentera para disfrutar más a partir de ahora del trozo de tiempo que recuperáis e incorporaréis a vuestras vidas.

SATSE y AEM ponen en común las claves de la mejora laboral y profesional de las matronas

Por primera vez se produce el encuentro de la AEM con la ejecutiva nacional de SATSE a instancias de esta última.

Se abordaron cuestiones relativas a las actuales condiciones de trabajo, falta de reconocimiento, intrusismo y

desarrollo de competencias de las matronas. La presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Rosa María Plata, y la presidenta de SATSE, Laura Villaseñor, han mantenido un encuentro en el que han puesto en común las principales problemáticas y reivindicaciones del



De dcha. a izq. Amparo Lujano, Rosario Sánchez, Paloma Repila, Laura Villaseñor, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, y Rosa M^a Plata

colectivo de matronas. En este primer encuentro, se han comprometido a desarrollar un acuerdo de colaboración para trabajar en iniciativas específicas, estableciendo una ruta habitual de trabajo para favorecer el desarrollo de las matronas en el Sistema Nacional de Salud. A la reunión también asistieron Paloma Repila, matrona y adjunta a la Secretaría General de Acción Sindical de SATSE; M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, responsable de Relaciones Institucionales y cuarta vocal, Rosario Sánchez, secretaria; y Amparo Lujano, presidenta de la Comisión de Matronas de AP de la AEM.

Formación sanitaria especializada. Ambas organizaciones han compartido su enfoque sobre diferentes aspectos vinculados a la Formación Sanitaria Especializada y el desarrollo competencial de las matronas en los dos niveles

asistenciales. También han apuntado las posibles vías de mejora de las actuales condiciones laborales de las matronas, marcadas por el déficit de personal, la falta de reconocimiento y la retribución específica como especialistas. **Atención Primaria,** especial mención se ha hecho durante el encuentro a la situación de las matronas en Atención Primaria debido a la elevada sobrecarga asistencial y a su posición en los equipos de salud que precisa la promoción de la integración real de la matrona como parte del Equipo de Atención Primaria.

Se ha puesto el foco además en el intrusismo profesional e invasión de competencias de las matronas, denunciado reiteradamente por SATSE, y que es necesario frenar para garantizar una atención adecuada a la mujer. Esperemos que la reunión dé sus frutos.

La AEM en el XII Congreso Nacional de Lactancia Materna iHAN



Como viene siendo habitual, desde hace 24 años, la IHAN organizó su XII Congreso Nacional de Lactancia Materna; este año en Gran Canaria, un lugar maravilloso para reunir a congresistas de toda España y en especial de todas las islas que forman esa comunidad.

El lema elegido fue "Salud, amor y vida" y puedo dar fe que se habló de la salud Materno-Infantil con un magnífico programa científico, pero también hubo mucho amor, mucho afecto con el clima tan amoroso que se creó entre todos los comités, asistentes y ponentes. Y vida, sí hubo mucha entrega durante todas y cada una de las sesiones estando el aforo completo, de más de 400 personas, que demostraron el interés y la participación, tanto en los talleres previos al congreso como en las sesiones.

El inicio fue original, pero el final fue asombroso con una comparsa carnavalera que puso en pie a todo el público asistente que no dejó el salón hasta el final, bailando y celebrando el éxito de este especial congreso. Y como viene siendo tradición desde la fundación de la IHAN, la Asociación Española de Matronas, cofundadora de la misma, participó con la entrega del premio a la mejor comunicación oral realizada por matronas, premio entregado por la Vicepresidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM) Maribel Castelló.

Este año, la ganadora fue la comunicación oral titulada: *Unidad especializada de lactancia materna en Atención Primaria de Tenerife: proyecto multidisciplinar pionero en España*, cuyas autoras fueron Amanda Antequera Pestano,

María Dolores Vera Iglesias, María Gara Bourgon Rodríguez, Seila Llorente Pulido, Casandra González Hernández y María José García Mérida, perteneciente a la gerencia de Atención Primaria de Tenerife, en concreto a Santa Cruz de Tenerife, comunicación que próximamente será publicada en esta revista.



Entrega del premio otorgado por la AEM a la mejor comunicación oral de manos de su Vicepresidenta, Isabel Castelló López, a Amanda Antequera Pestano

Homenaje a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén en el Marco de la II Jornada de Matronas de Atención Primaria de la CAM

El pasado 12 de junio de 2024, se celebró las II Jornadas de Matronas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid bajo el lema de *Mujer y Matrona. Fuerza, sabiduría y cuidado* en el Hospital Público Universitario Infanta Leonor de Madrid, organizada por la Dirección Técnica de Procesos Asistenciales de la GAAP y las Referentes de Matrona de las 7 Direcciones Asistenciales.

Inauguró la jornada Laura Gutiérrez Barreno, Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Carmen Pantoja Zarza, Gerente del HU Infanta Leonor; Paloma Santos Álvarez, Gerente Adjunta de Asistencia Sanitaria de la GAAP y José Enrique Villares Rodríguez, Director Técnico de Procesos Asistenciales de la GAAP. Laura Gutiérrez Barreno re-

calcó la labor de las Matronas, encargadas de proporcionar una asistencia integral a la salud sexual y reproductiva de la mujer. También aseguró que la *"sólida y especializada formación de las Matronas las ha convertido en imprescindibles dentro de nuestro sistema sanitario"*. Y por último, destacó la impecable gestión de las 266 matronas de Atención Primaria, gracias a ellas la Comunidad de Madrid ha podido gestionar más de 800.000 consultas en el año 2023.

Sin duda fue un día especialmente provechoso de intercambio de conocimientos y encuentros que concluyó tras las magníficas exposiciones de matronas y obstetras, con la conferencia de clausura dictada por M^a Ángeles Rodríguez



Momentos de la intervención y homenaje a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidente Emérita de la Asociación Española de Matronas

Rozalén, titulada *Evolución del trabajo de las Matronas en AP*. La ponente hizo un recorrido detallado por el proceso de introducción de las matronas en Atención Primaria en el "nuevo modelo" de atención sanitaria del primer nivel asistencial en España tras el Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud poniendo en marcha los primeros Equipos de Atención Primaria (EAP) y los primeros Centros de Salud (CS) en los que las matronas, a pesar de que no fueron contempladas en su diseño, gracias al trabajo de la AEM y directamente por ella misma como Presidenta de la entidad, fueron finalmente incorporadas al equipo básico de salud.

Tras su intervención, la ponente fue sorprendida con un homenaje sincero que las organizadoras del evento quisieron dedicarle como fundadora de la Asociación Española de Matronas, figura muy querida, emblemática y carismática de nuestra profesión.

Decidieron aprovechar la oportunidad de su participación en estas jornadas para agradecerle su dedicación, su fuerza y su entrega inigualable a la profesión y le

sorprendieron con un vídeo que recogía muchos de los momentos institucionales que han marcado su trayectoria de más de 40 años y el público congregado y en pie, le brindó un ininterrumpido aplauso de más de cuatro minutos que duró la proyección, cargado de afecto y agradecimiento.

La sorpresa de la homenajeada fue inmensa y profundamente emocionada, porque le conmovió el inmenso respeto y cariño de un acto tan sincero, apenas pudo expresar su gratitud con un simple gracias a la vez que pugnaba por contener las lágrimas de emoción que inevitablemente afloraron a sus ojos.

Como se dice "no hay gesto pequeño cuando se hace con agradecimiento" y así fue, una mujer de gran corazón y clara inteligencia que ha tenido múltiples e importantes reconocimientos a lo largo de toda su trayectoria profesional, se enterneció profundamente con este sencillo homenaje que le tributaron las matronas de la Comunidad de Madrid.



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