



SUMARIO

Editorial

Originales

- Influencia de la obesidad en mujeres gestantes sobre el trabajo de parto y crecimiento fetal en la comunidad autónoma de Cantabria
- Estudio descriptivo sobre la opinión anónima de las mujeres acerca del rol de la matrona en consulta preconcepcional en Atención Primaria

Revisiones

- Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos: una revisión paraguas
- Microbiota vaginal, reflejo de la salud del tracto reproductor femenino: un nuevo elemento a considerar en la atención prestada por matronas
- Cambios psicológicos durante el embarazo y el posparto: evidencia científica reciente sobre sus manifestaciones en mujeres de Iberoamérica

Echando la vista atrás

Demanda de la AEM contra la Orden SAS/1729/2010, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Entrevista

Entrevista a M^a Jesús Gutiérrez Martín

Agenda

- Conflicto generado por el manifiesto de FAECAP con el resto de especialidades enfermeras. La AEM se dirige al Secretario de Estado de Sanidad
- La AEM convocada a la reunión en Bruselas para posible modificación de la Directiva 36/2005 relativa a Matronas
- La AEM reclama al Colegio de Córdoba
- Reclamación al Ministerio de Sanidad por el error en la expedición de los títulos de Matrona



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)
Avda. de Manoteras, 20. Edificio Tokyo. 28050 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

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

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

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

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 12 - nº 3 diciembre 2024-marzo 2025

Agenda

4

Originales

Influencia de la obesidad en mujeres gestantes sobre el trabajo de parto y crecimiento fetal en la comunidad autónoma de Cantabria	6
Alba Díez Ibarbia, Eva Díez Paz, María Antonia Gutiérrez Martínez, Carmen Sarabia Cobo	
Estudio descriptivo sobre la opinión anónima de las mujeres acerca del rol de la matrona en consulta preconcepcional en Atención Primaria	16
Elena Fernández García, Pilar Olmedo Gómez, Ana Fernández García, Leticia Lledó Gómez, Ana Anocibar Marcano	

Revisiones

Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos: una revisión paraguas ...	25
Sandra García-Pintor, Irene Barba Jiménez, Carmen Hachero Rodríguez, Irene Agea-Cano, Carmen Mejías Paneque, María José Barbosa Chave, Rafael A. Caparros-Gonzalez	
Microbiota vaginal, reflejo de la salud del tracto reproductor femenino: un nuevo elemento a considerar en la atención prestada por matronas	39
Isabel Méndez-Haxlsabeau, Carolina Pérez-Pérez, Franz Villarroel-Espíndola	
Cambios psicológicos durante el embarazo y el posparto: evidencia científica reciente sobre sus manifestaciones en mujeres de Iberoamérica	46
Carolina Pérez-Pérez, Catalina Barra-Molina, Amanda Méndez-Bravo, Camila Moya-Contreras, María Bernardita Valderrama-Stefano, Mayra Prat-Gutiérrez, Yeslei Vivallo-Ramírez	

Echando la vista atrás

Demanda de la AEM contra la Orden SAS/1729/2010, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria	55
Rosa Mª Plata Quintanilla	

Entrevista

Mª Jesús Gutiérrez Martín	57
---------------------------------	----

Agenda

Conflicto generado por el manifiesto de FAECAP con el resto de especialidades enfermeras. La AEM se dirige al Secretario de Estado de Sanidad	64
La AEM convocada a la reunión en Bruselas para posible modificación de la Directiva 36/2005 relativa a Matronas	64
La AEM reclama al Colegio de Córdoba	67
Reclamación al Ministerio de Sanidad por el error en la expedición de los títulos de Matrona	68

Editorial

El relato de la vergüenza

Ya hemos hablado en esta revista del desarrollo real de las especialidades enfermeras a lo largo del tiempo con la necesidad y justificación legislativa de todas y cada una de ellas, aunque algunas pasaran al olvido sin ponerse en marcha. Y ahí está la de Matrona, por poco tiempo especialidad, ya que desde que el mundo es mundo ha sido una asistencia autónoma que nunca requirió de la enfermería (iniciada su disciplina en la segunda mitad del siglo XIX) para seguir desarrollándose, a pesar del freno que el sesgo de género impuso sobre las sufridas Matronas de todos los tiempos. Casos de la vida, decisiones políticas equivocadas, desde 1953 lo que pasó de oficio para llegar a ser profesión consolidada y, en todo tiempo, social y sanitariamente necesaria, la convirtieron (en este país y pocos más del mundo) en una especialidad enfermera. Todas las Matronas, me atrevo a asegurar, tuvieron un mal augurio con tal medida y avanzando el tiempo, este les dio a aquellas, y nos dio a las de después, la razón de aquel mal "pálpito".

Envidiadas por nuestra autonomía, por nuestro trabajo, por tratar con la vida y no con la enfermedad ni la muerte, por ser partícipes del momento más emocionante de la vida de una familia, por ayudar al auténtico milagro de la vida... así ha discurrido la existencia de las Matronas, sorteando además todo tipo de obstáculos e inequidades que decisiones políticas, el sistema sanitario y el propio ente de defensa colegial les ha puesto en el camino.

Y llegamos a 2010, año en que se aceleró la creación de nuevas especialidades, e irrumpe en escena, entre otras, la de Enfermería Familiar y Comunitaria con más pretensiones que oferta de nuevos cuidados, y empiezan a crecer y multiplicarse estos especialistas casi por mitosis como las amebas: si no es vía EIR, queda la opción de optar a un examen vía excepcional. Así, para 2025, en poco más de 15 años de esta nueva formación, habrán titulado a 6.892 flamantes enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, a los que se suma la cifra nada despreciable y tan ¿meritoria? de 13.796 que han entrado "por la puerta de atrás", oficialmente llamada vía excepcional, cuyo argumento legislativo es "permitir acceder al título de especialista a profesionales con experiencia y formación especializada en estas áreas, mediante la realización de una prueba de evaluación"; por cierto, vía aplicable para todas las especialidades, salvo para la de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona), por su especial idiosincrasia formativa y competencial.

Las especialidades de Enfermería llevan aprobadas desde 2005 en el Sistema Nacional de Salud, pero a pesar de ello, no todas

las comunidades autónomas han creado categorías profesionales para enfermeros especialistas (salvo para Matronas integradas en Atención Primaria desde 1984) y concretamente para los de Familiar y Comunitaria, que son la mayoría de enfermeros en Atención Primaria y que ningún encaje tienen en la Asistencia Especializada. Hoy en día hay enfermeras/os sin título de especialista en Familiar y Comunitaria ni siquiera por la vía excepcional, en muchos casos hasta propietarios de plaza en propiedad en Atención Primaria, ocupando puestos reconvertidos o con requisito de titulación especializada, que vienen desarrollando su trabajo durante décadas en esta especialidad, cumpliendo con creces los requisitos requeridos.

En 2019, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social consideró urgente impulsar la actualización de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud, especialmente por el impacto de la crisis y de las políticas de austeridad, además de adaptarse a los cambios sociales (por ejemplo, una sociedad envejecida y con más pacientes con enfermedades crónicas) y responder a las expectativas de pacientes cada vez más informados y exigentes, para proporcionar una atención de salud de manera integrada, equitativa y eficiente a la población.

En aquel momento, todas las propuestas que quedaron redactadas en el documento Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, y en relación con la Enfermería Familiar y Comunitaria, iban desde el desarrollo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y de la especialidad de Pediatría en Atención Primaria, hasta la creación de las categorías estatutarias de Enfermero/a Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermero/a Especialista en Enfermería Pediátrica en el ámbito de la Atención Primaria de los Servicios de Salud, a medio plazo; además de definir los puestos de trabajo en Atención Primaria para estas especialidades y resolver el procedimiento de reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria por la vía excepcional de acceso, en el caso de las dos, a corto plazo.

Sin embargo, en relación con las Matronas, como especialidad claramente consolidada e integrada en Atención Primaria, el objetivo descrito en el documento era "potenciar las funciones en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en Atención Primaria, la lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de Educación para la Salud y comunitarias".

Este año, 2024, hemos asistido al culmen de la vergüenza del relato de los enfermeros de Familiar y Comunitaria cuando la

Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP), que viene intentando justificar su presencia omnimoda en Atención Primaria, emitió un manifiesto en el que su pretensión absurda, la de copar en absoluto la Atención Primaria, desborda toda demanda imaginable glosando en su manifiesto que *"el 100% de las enfermeras que trabajan en Atención Primaria sean enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, en un espacio temporal lo más corto posible"*. Con esta puntualización, la FAECAP señalaba que la Enfermería Familiar y Comunitaria, en exclusiva, debe ocupar los centros de Atención Primaria, mientras que el resto de especialidades tendrían que ubicarse en los hospitales, en los que *"desarrollar al máximo sus competencias"*. De hecho, en el apartado dedicado al "Seguimiento y atención longitudinal a lo largo del ciclo vital de la persona y en diferentes entornos", se atribuyen estos especialistas la atención a Programas de Salud Materno-Infantil: control prenatal, educación prenatal, y seguimiento del desarrollo infantil, atribuidas a la Matrona desde que existe la Atención Primaria y conforme a las directivas específicas.

La polémica lógicamente no se ha hecho esperar y todos los especialistas hemos respondido con el lícito derecho de defensa de nuestra propia especialidad. Creo que todos los enfermeros especialistas de este país tenemos claro, parece ser que menos los de Familiar y Comunitaria, que "ninguna especialidad tiene enfermeros 'Universales' y los de Enfermería Familiar y Comunitaria no son la excepción: son solo unos de los variados especialistas que están adscritos a la Atención Primaria de salud sin competencias ni habilidades superiores al resto de los integrantes del equipo básico de Atención Primaria". Por otra parte, en el caso de las Matronas, tenemos perfectamente definidas nuestras competencias y un cuerpo de conocimientos propios; el programa formativo de Enfermería Familiar y Comunitaria no contiene los conocimientos específicos de otras profesiones como la de Matronas, colectivo también representado a través de nuestras respectivas sociedades científicas a nivel nacional. La especialidad de Matrona tiene un mayor recorrido formativo y de representación que la Enfermería Familiar y Comunitaria, absolutamente neófita por comparación.

Para finalizar, la labor de las Matronas en Atención Primaria, ya experimentada durante 40 años, ha contribuido significativamente a la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres españolas y la de sus hijos desde el momento de la gestación.

El gran "autopredicamento" de los enfermeros de Familiar y Comunitaria me ha traído a la mente varios refranes del acervo popular: *"Galgo que muchas liebres levanta, ninguna caza"*, *"muchos ajos en un mortero, mal los maja el majadero"*, que a fin de cuentas viene a expresar la sentencia del inefable Fernando de Rojas en la *Celestina*, allá por el siglo XVI: *"quien mucho abarca, poco suele apretar"*.

Y este recurso lo utilizo no sin razones demostradas, porque ¿acaso se puede comparar una formación en salud sexual y reproductiva que abarca una especialidad de 120 créditos, 3.600 horas de formación teórico-práctica, como la de las Matronas, con una exigua observación y participación de casos, como la de los Enfermeros Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria contenida en su POE según la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria? Pues evidentemente no, y además las actividades propias e independientes de la especialidad de Matrona están reguladas mediante directiva 80/155/CEE para el ámbito de la Comunidad Económica Europea (integrada en la Directiva 36/2005 y posteriormente integradas al ordenamiento español mediante Real Decreto 581/2017). Tal es la importancia que tiene la profesión de Matrona para que la Comunidad Económica Europea, específicamente, se centre en esta profesión y le otorgue su aval que no tiene el resto de especialidades enfermeras.

Ante el conflicto generado y a instancias de la Asociación Española de Matronas (AEM), se solicitó respuesta al Secretario de Estado y la respuesta fue:

"...son opiniones expresadas por cada asociación de manera individual en representación de sus propios intereses y que no corresponden de ninguna manera con la postura que pueda tener el Ministerio al respecto".

Las líneas de trabajo que estamos siguiendo en el Comité de Cuidados van dirigidas a conseguir el desarrollo pleno de la profesión enfermera en todos sus perfiles competenciales, entre los que, desde luego, están todas las enfermeras especialistas.

En fin, que *"la Enfermera/o ha de estar liderando este nivel asistencial (Atención Primaria), desde un abordaje completo familiar y comunitario"* es una afirmación de FAECAP que compartimos todas las especialidades enfermeras, pero de eso a que los enfermeros de Familiar y Comunitaria se arroguen la pretensión de una organización de la Atención Primaria que excluya a otros profesionales especialistas en diferentes áreas de atención de prestar sus servicios cualificados en Atención Primaria, hay un largo y peligroso trecho.

El tiempo y solo el tiempo nos mostrará el panorama perfeccionado para el cambio de la Atención Primaria. ¡Ojalá sea para mejor y no engañen a la población y a los profesionales con un sucedáneo de menor calidad!, aunque vivimos tiempos en el que el Pinocho del cuento, de pura ficción, ha pasado a reencarnarse en demasiados Pinochos reales con poder y decisión.

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

Influencia de la obesidad en mujeres gestantes sobre el trabajo de parto y crecimiento fetal en la comunidad autónoma de Cantabria

¹ Alba Díez Ibarbia

² Eva Díez Paz

² María Antonia Gutiérrez Martínez

³ Carmen Sarabia Cobo

¹ *Matrona. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria (España). Doctoranda en Ciencias de la Salud. Universidad de Cantabria (UC). España.*

² *Matronas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria (España).*

³ *Enfermera. Doctora U. Complutense de Madrid. Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería (UC). Grupo de Investigación en Enfermería IDIVAL. Santander, Cantabria (España).*

E-mail: diez_alba@hotmail.com

Fecha de recepción: 8 de agosto de 2024.

Fecha de aceptación: 3 de noviembre de 2024.

Cómo citar este artículo:

Díez Ibarbia A, Díez Paz E, Gutiérrez Martínez MA, Sarabia Cobo C. Influencia de la obesidad en mujeres gestantes sobre el trabajo de parto y crecimiento fetal en la comunidad autónoma de Cantabria. *Matronas Hoy* 2024; 12(3):6-15.

Resumen

Introducción: la obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial, definida con un punto de corte de IMC ≥ 30 kg/m². La obesidad es una epidemia mundial conocida que puede tener consecuencias muy graves, como un mayor riesgo de morbilidad. El embarazo es un momento frágil para las mujeres con obesidad, y puede empeorar el transcurso del embarazo y tener efectos perjudiciales tanto para la madre como para el feto. También los hijos de mujeres embarazadas obesas tienen mayor riesgo de obesidad en la infancia y la edad adulta.

Objetivos: el objetivo principal del presente estudio es analizar algunas características del trabajo de parto de las mujeres gestantes obesas frente a las no obesas atendidas en el H.U. Marqués de Valdecilla (Cantabria). Como objetivo secundario se ha planteado estudiar posibles alteraciones del crecimiento fetal de los hijos de dichas mujeres gestantes obesas.

Método: estudio descriptivo observacional retrospectivo de los años 2021 y 2022 de las mujeres gestantes, cuyo parto fue atendido en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria.

Resultados: en lo relativo al trabajo de parto, un 70,7% son partos vaginales, pero se ha hallado un alto porcentaje de cesáreas, un 29,3%. También cabe destacar que un 23,8% de los recién nacidos de las mujeres obesas de la muestra fueron diagnosticados de fetos macrosómicos.

Conclusiones: la obesidad en el embarazo es un problema de salud pública creciente, incrementa el riesgo de presentar enfermedades y, en el caso de embarazo y parto, favorece la aparición de mayores complicaciones en estos procesos, así como el desarrollo de macrosomía fetal y otros riesgos fetales y neonatales. La obesidad materna contribuye significativamente a un peor pronóstico para la madre, el feto y el recién nacido durante el parto y en el posparto inmediato, respectivamente y para la continuidad de la vida de ambos.

Palabras clave: obesidad; mujeres embarazadas; índice masa corporal; macrosomía; matronas.

Abstract

The influence of obesity on pregnant women in terms of labor and fetal growth in the autonomous community of Cantabria.

Introduction: obesity is a chronic and multifactorial condition, defined by the cutoff point of BMI ≥ 30 kg/m². Obesity is known to be a world epidemic that can entail very severe consequences, such as a higher risk of morbidity. Pregnancy is a vulnerable moment for women with obesity, and it can worsen throughout pregnancy and have damaging effects both for the mother and the fetus. The children of obese pregnant women also present a higher risk of obesity during childhood and at an adult age.

Objectives: the primary objective of this study is to analyse some characteristics of labor in obese vs. non-obese pregnant women managed at the University Hospital Marqués de Valdecilla (Cantabria). The study of potential alterations in fetal growth of the children of said obese pregnant women has been considered as secondary objective.

Method: a descriptive observational retrospective study of pregnant women whose labor was managed at the University Hospital Marqués de Valdecilla in Cantabria during 2021 and 2022,

Results: regarding labor, 70% were vaginal deliveries, but a high proportion of C-sections was found: 29.3%. It is also worth highlighting that 23-8% of children born from the obese women in the sample were diagnosed with fetal macrosomia.

Conclusions: obesity during pregnancy is a growing public health problem, it increases the risk of presenting diseases and, in the case of pregnancy and labor, contributes to the development of higher complications in these processes, as well as to fetal macrosomia and other fetal and neonatal risks. Maternal obesity contributes significantly to a worse prognosis for mother, fetus and newborn during labor and in the immediate postpartum, respectively, and for the life continuity of both.

Key words: obesity; pregnant women; body mass index; macrosomia; midwives.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1948 la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias"¹. Esta definición tenía como objetivo ampliar el marco conceptual de los sistemas de salud a nivel global, fomentando una visión más holística de la salud². En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar, para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir, la popularmente llamada "Salud para todos en el año 2000"^{3,4}.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por mejorar o mantener la salud, las enfermedades crónico-degenerativas siguen aumentando⁵.

Obesidad: emergencia epidemiológica

El aumento de la prevalencia de preobesidad y obesidad se ha convertido en una emergencia epidemiológica⁵.

La palabra *obesidad* proviene del latín *obēsus*, firme, gordo, regordete. Definida a principios de siglo por la Real Academia Española como "la persona que tiene gordura en demasía"⁶.

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial. Actualmente tiene múltiples definiciones, pero cuando se intenta dar una definición simple se convierte en un concepto incompleto e injusto⁷.

Según la OMS, actualmente, la obesidad se define como "una acumulación excesiva o anormal de grasa que pone en peligro la salud".

La obesidad se ha convertido en una epidemia que plantea desafíos sin precedentes en salud pública, que puede tener consecuencias muy graves, como un mayor riesgo de morbilidad y una menor esperanza de vida⁹. Aunque la aparición de obesidad está relacionada con múltiples factores como la genética, el medio ambiente y el estilo de vida, está ampliamente asociada con comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, cáncer y trastornos del sueño¹⁰. La obesidad también impone una enorme carga económica a las personas, las familias y el país¹¹.

Evaluación de la obesidad

El índice de masa corporal (IMC) es la medida más amplia utilizada para evaluar y diagnosticar el sobrepeso y la obesidad en adultos, y se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) por la altura (en metros) y elevando al cuadrado: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. El IMC es fácil de medir,

altamente confiable y se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal y la masa de grasa corporal. La OMS sugiere un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ como punto de corte para definir la obesidad en adultos⁸.

Estimación de la obesidad en el mundo

El Atlas Mundial de la Obesidad 2023¹², publicado por la Federación Mundial de Obesidad, predice que el impacto económico global anual del sobrepeso y la obesidad alcanzará los 4,32 billones de dólares en 2035 si las medidas de prevención y tratamiento no mejoran.

La OMS ha reconocido durante muchos años la necesidad de abordar con urgencia la crisis mundial de obesidad.

En 2022, 2.500 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, incluidos más de 890 millones de adultos que vivían con obesidad. Esto corresponde al 43% de los adultos de 18 años o más (43% de los hombres y 44% de las mujeres) que tenían sobrepeso, un aumento con respecto a 1990, cuando el 25% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso. La prevalencia del sobrepeso varió según la región, desde el 31% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS y la Región de África hasta el 67% en la Región de las Américas.

En 2022, alrededor del 16% de los adultos mayores de 18 años en todo el mundo era obeso. La prevalencia mundial de la obesidad aumentó más del doble entre 1990 y 2022.

Se estima que en 2022 había 37 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso. El sobrepeso, que en el pasado se consideraba un problema de los países de altos ingresos, está aumentando en los países de ingresos bajos y medios. En África, el número de niños menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado casi un 23% desde el año 2000. Casi la mitad de los niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad en 2022 vivían en Asia.

En 2022, más de 390 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años tenían sobrepeso. La prevalencia del sobrepeso (incluida la obesidad) entre los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años ha aumentado drásticamente, pasando de apenas el 8% en 1990 al 20% en 2022. El aumento se ha producido de forma similar tanto entre los niños como entre las niñas: en 2022, el 19% de las niñas y el 21% de los niños tenían sobrepeso.

Mientras que en 1990 solo el 2% de los niños y adolescentes de 5 a 19 años era obeso (31 millones de jóvenes); en 2022, el 8% de los niños y adolescentes vivía con obesidad (160 millones de jóvenes)⁸.

Estimación de la obesidad en España

España está por encima de la media europea. A nivel nacional, el porcentaje de españoles con obesidad se situó en

2017 en 17,43%. Por sexos, el porcentaje de mujeres obesas es del 16,74% comparado con un 18,15% de hombres⁸.

Según la Encuesta Europea de Salud de España 2020¹³, a nivel de comunidad autónoma, Melilla (46,7%) presenta el mayor porcentaje de población con sobrepeso, mientras que en cuanto a obesidad corresponde a Andalucía (19,7%). Cantabria se sitúa en una posición intermedia con un 13,7% de obesidad.

Obesidad en mujeres gestantes y consecuencias materno-fetales

La prevalencia de la obesidad entre las mujeres en edad reproductiva sigue aumentando globalmente. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres entre 20 y 39 años se ha incrementado a más del doble en los últimos 30 años, con lo que en la actualidad dos tercios de esta población presentan sobrepeso y un tercio obesidad¹⁴.

Cabe destacar que, durante la gestación, la obesidad materna es un factor de riesgo importante. El embarazo es un momento frágil para las mujeres. El cuerpo pasa por una serie de cambios transitorios, como resistencia fisiológica a la acción de la insulina, mayor liberación de ácidos grasos en la sangre desde el tejido adiposo materno, alteraciones en la tensión arterial, etc. Cuando estos cambios coexisten con la obesidad puede empeorar el transcurso del embarazo y tener efectos perjudiciales tanto para la madre como para el feto (preeclampsia, diabetes gestacional, tromboembolismo venoso, hemorragia posparto, cesárea, mayor riesgo de aborto y muerte materna) y para el feto (defectos cardíacos, dificultad de adaptación a la vida extrauterina, problemas metabólicos y endocrinos, mayor riesgo de anomalías congénitas, e incluso muerte fetal)^{15,16}.

También los hijos de mujeres embarazadas obesas tienen mayor riesgo de obesidad en la infancia y la edad adulta^{17,18}.

La macrosomía fetal (definida como peso al nacer > 4.000 g) es más común en niños nacidos de mujeres embarazadas obesas¹⁹.

Otras posibles complicaciones intraparto de la macrosomía incluyen dificultades en el trabajo de parto como partos distócicos, partos por cesárea, aumento de desgarros vaginales y hemorragia posparto. Múltiples metaanálisis (20) han documentado una asociación dosis-respuesta positiva entre el IMC materno y la macrosomía (peso al nacer > 4.000 g) y un tamaño corporal grande para la edad gestacional (peso al nacer > percentil 90 para la edad gestacional y el sexo). Los recién nacidos y adolescentes que son más grandes para su edad gestacional durante su etapa fetal tienen un mayor riesgo de obesidad²¹⁻²³.

Además, diferentes estudios^{24,25} han demostrado que las percepciones sobre la maternidad y el nacimiento de un hijo pueden variar ampliamente según el curso del embarazo, el tipo de parto y la atención y educación prenatal. Cuando el trabajo de parto es largo, la recuperación de las mujeres es más dificultosa y puede acarrear obstáculos en el vínculo con su recién nacido²⁶.

Es importante discutir las posibles complicaciones durante el trabajo de parto en mujeres obesas, como cuestiones relacionadas con el manejo de la anestesia y el mayor riesgo de cesáreas complicadas y de emergencia. La obesidad se ha relacionado con una variedad de complicaciones durante el parto, como el parto por cesárea e incluso muertes maternas, fetales y neonatales. Los problemas de parto prematuro, sangrado e infección posparto también son algunos de los muchos peligros que enfrentan las mujeres embarazadas obesas²⁴.

Objetivos

Objetivo principal: analizar la vía de finalización del parto de las mujeres gestantes obesas frente a las no obesas atendidas en el H.U. Marqués de Valdecilla (Cantabria).

Como objetivo secundario se ha planteado estudiar posibles alteraciones del crecimiento fetal de los hijos de dichas mujeres gestantes obesas.

Metodología

Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional retrospectivo de los años 2021 y 2022 de las mujeres gestantes cuyo parto fue atendido en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, hospital de tercer nivel.

Sujetos de estudio

La muestra que se ha seleccionado ha sido todas las mujeres cuyo parto fue atendido en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, perteneciente al Servicio Cántabro de Salud, y que tenían un IMC mayor o igual a 30 en el momento pregestacional.

En cuanto a las variables sociodemográficas analizadas fueron el país de origen, la forma de conseguir la gestación, los hábitos tóxicos, la ganancia ponderal, el IMC previo a la gestación.

Respecto a las variables recogidas relacionadas con la gestación, se ha hecho un análisis de las características del crecimiento fetal y algunas del parto y vía de finalización de este en las mujeres gestantes con obesidad.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión han sido las mujeres que en el momento pregestacional tenían un IMC mayor o igual a 30 (obesidad), y tuvieron su parto en los años 2021 y 2022 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla del Servicio Cántabro de Salud.

Los criterios de exclusión han sido aquellas mujeres que no han cumplido la premisa principal que era ser considerada persona obesa (IMC mayor o igual a 30) en el momento pregestacional o que no estuviese recogido su IMC en el programa informático Altamira.

Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado en los meses de febrero-mayo del año 2023 del Programa Informático Altamira del Servicio Cántabro de Salud. Se revisó de manera sistemática todos los episodios asistenciales registrados en las historias clínicas de las mujeres gestantes que aportan información relevante sobre la materia.

Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas, se solicitó la autorización al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Cantabria, a la jefa del servicio de ginecología y a las supervisoras del área de partos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla para la recogida de datos de las historias del embarazo, parto y posparto. El tratamiento de los datos se hizo de forma que quede garantizada la confidencialidad de los mismos y de la información del estudio, respetando así la legislación española vigente, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99, la Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia; y la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, y la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos en materia de información y documentación clínica. Las investigadoras serán las responsables de garantizar que los datos obtenidos no puedan ser utilizados para otro fin.

Análisis estadístico

Se realizaron pruebas de normalidad de las variables analizadas; las variables cualitativas se describieron como frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas como media y desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Para comparar las medias se utilizó el test T de *Student* para variables con distribución normal o la U de Mann-Whitney para variables no normales. Para evaluar las asociaciones entre variables cualitativas se aplicó la Chi

cuadrado de Pearson con test exacto de Fisher, cuando se consideró conveniente. Se consideró significativo el valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS versión 22.0.

Resultados

Se recogieron un total de 920 historias, de las cuales 479 fueron de 2021 y 439 de 2022. Del total de historias (ambos años) los resultados de las variables sociodemográficas fueron:

El control del embarazo en dichas mujeres fue de forma mayoritaria por las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) con un 46,3%. Los médicos especialistas en obstetricia controlaron un 31,6% y ambos profesionales de forma conjunta asistieron un 20,3% de las gestaciones. El 0,3% de las mujeres afirmó controlarse el embarazo de forma privada y un 0,9% tuvo un mal control o no se controló la gestación.

En lo referente a la alteración del crecimiento fetal, un 69,8% de las mujeres no tuvo ningún tipo de alteración, un 23,8% fue diagnosticada de fetos macrosómicos, un 3,6% de feto con crecimiento retardado intrauterino (CIR) y un 1,9% de feto pequeño para edad gestacional (PEG). El percentil medio de la ecografía fue de 63 (DE: 28,23) (Tabla 1).

Tabla 1. Alteración del crecimiento fetal en la gestación de mujeres obesas

	Gestación			
Alteración crecimiento fetal	No tuvo 69,8%	Macrosomía 23,8%	CIR 3,6%	PEG 1,9%

En cuanto al inicio del parto, un 42,2% se puso de parto de forma espontánea y un 57,8% necesitó inducción al parto. En el proceso de dilatación del parto, se realizó una amniorrexis artificial de la bolsa amniótica en un 43,2% y una amniorrexis espontánea en un 56,6%. También es importante destacar que en el 61,8% de las mujeres se tuvo que utilizar oxitocina para el proceso del parto mientras que en un 38,2% no se empleó.

En lo referente a la vía de finalización del parto, un 70,7% fue parto vaginal, de los cuales la mayoría fueron partos vaginales eutócicos (63,7%), un 7% de partos vaginales instrumentales, y un 29,3% cesáreas (Tabla 2).

Tabla 2. Algunas variables estudiadas relacionadas con el trabajo de parto

	Muestra mujeres obesas			Muestra total mujeres		
	Espontáneo	Inducido/estimulado		Espontáneo	Inducido/estimulado	
Inicio parto	42,2%	57,8%		53%	38,07%	
Tipo de parto	Eutócico 63,7%	Instrumental 7%	Cesárea 29,3%	Eutócico 68,92%	Instrumental 11,09%	Cesárea 19,7%
Episiotomía	16,2%			16,89 %		
P. íntegro	17,8%			20,38%		
Laceraciones vaginales	3,8%			5,41%		
Desgarro I	35,7%			36,86%		
Desgarro II	41,3%			35,26%		
Desgarro III	1,3%			1,02%		
Desgarro IV	0,2%			0,08%		

Discusión

Análisis comparativo de los resultados de las diferentes variables estudiadas:

Alteraciones del crecimiento fetal

En el presente estudio se detectan alteraciones de crecimiento en un 23,8% que fueron diagnosticadas de fetos macrosómicos, un 3,6% de feto CIR y un 1,9% de feto PEG frente a un 69% sin alteración alguna. El percentil medio de la ecografía fue de 63 (DE: 28,23).

Macrosomía -CIR-PEG

Aparicio Chino²⁸ realizó un estudio a 310 mujeres gestantes con obesidad, atendidas en un centro hospitalario a fin de establecer si la obesidad en el embarazo aumentaba la probabilidad de desarrollar algún tipo de complicación tanto para la madre como para su hijo. Los resultados más relevantes fueron los siguientes: el 65,16% presentó macrosomía fetal convirtiéndose la complicación materna más frecuente, en segundo lugar, retraso de crecimiento intrauterino con un 6,45%. En este trabajo, como se apuntó, el 23,8% fue diagnosticado como feto macrosómico, a los que se le sumó un 3,6% de fetos CIR y un 1,9% de fetos PEG

Los artículos estudiados^{19,27} demuestran que, en cuanto al peso fetal, fue superior en las mujeres gestantes con sobrepeso y obesidad que en las de peso normal, como queda evidenciado mayoritariamente también en el presente estudio.

Distocia de hombros

También se ha encontrado una relación, aunque baja (RR agrupado de distocia de hombros 1,63), con la distocia de hombros²⁹, aunque en el presente estudio no se dieron casos, quizá porque la probabilidad de parto vía vaginal en estas mujeres obesas disminuyó, finalizando en un mayor porcentaje de cesáreas (29,3%) que la muestra de mujeres no obesas, añadido a la baja incidencia de esta distocia en embarazos en general (0,1% -2,4%).

Contractilidad uterina y evolución de la dilatación

En el estudio de Medero Canela et al.³⁰, realizado en Andalucía en mujeres gestantes con exceso de peso, el tipo de parto fue principalmente por vía vaginal en un 71,5% frente a un 28,6% que acabaron en cesárea, datos que concuerdan con los de este estudio y que, según los autores, podría ser efecto de la disminución de la contractilidad uterina en mujeres gestantes obesas en comparación con las gestantes con normopeso^{31,32}. El hecho evidenciado de la disminución de la actividad contráctil uterina podría conducir a una fase de dilatación anormal, por lo que aumentaría la tasa de cesáreas; por otra parte, el tiempo necesario para avanzar a la dilatación completa se incrementa en mujeres obesas³¹.

Vía de parto

Mayor riesgo de cesárea, desproporción cefalopélvica

En lo referente a la vía de finalización del parto, se comparan los resultados obtenidos en la presente investiga-

ción con otros estudios: un 70,7% de partos vaginales (un 63,7% y un 7% de partos vaginales instrumentales) y un 29,3% cesáreas.

La bibliografía científica señala que la obesidad es un factor de riesgo tanto para el parto por cesárea programada como para el parto por cesárea de emergencia^{33,34}.

En el estudio de Piña Torres et al.³⁵ (2018), el 38,5% de las mujeres gestantes con obesidad terminó en cesárea, una frecuencia mayor que en las mujeres con IMC normal (25,7%); igualmente^{15,36,37} encuentran una alta tasa de cesáreas en mujeres gestantes obesas. Cruz Romero³⁸ apunta en su estudio, como los anteriores, que la cesárea fue la forma de terminación del embarazo más frecuente y señala como motivo de ella la desproporción cefalopélvica, registrando que las complicaciones maternas en orden de frecuencia fueron la desproporción cefalopélvica y el desgarro vaginal.

Autores como Young et al.³⁹ describen hasta seis veces más riesgo de cesárea en las mujeres gestantes obesas frente a otros que no encuentran un riesgo tan elevado^{40,41}. Dos metaanálisis analizados^{42,43} revalidan un aumento del riesgo de que el parto finalice en cesárea, tanto en mujeres gestantes con sobrepeso como en gestantes obesas.

Parto instrumental

En el estudio de De la Calle et al.¹⁹, los partos instrumentales fueron mayores en las mujeres gestantes con sobrepeso y obesidad respecto a las mujeres con peso normal. Aquellas obesas y con sobrepeso tuvieron una incidencia de cesáreas mayor que las mujeres gestantes con peso normal. El riesgo de cesárea en las mujeres con sobrepeso fue prácticamente el doble con respecto a las de peso normal, concluyendo en que tanto el sobrepeso como la obesidad representan un factor de riesgo independiente para que el parto finalice por vía abdominal.

El IMC al final de la gestación fue menor en las mujeres con éxito de parto vaginal, como en la mayoría de estudios⁴³⁻⁴⁶. De lo que se deduce que a mayor peso materno, menor probabilidad de parto vaginal, aunque se desconozcan todas las circunstancias que la obesidad en mujeres gestantes induce para propiciar este final.

De hecho, los datos aportados por los metaanálisis anteriormente citados^{19,33,42} demuestran que la obesidad y el sobrepeso en sí mismos representan un factor de riesgo independiente para la cesárea. Dado que el riesgo de que el parto finalice en cesárea persiste a pesar de incluir como variables de control las causas asociadas al sobrepeso y a la obesidad, que podrían influir en la vía del parto, es necesario buscar otras razones que expliquen por qué la obesidad, en sí misma, aumenta el riesgo de que el parto finalice por vía abdominal. En este sentido, es interesante el trabajo de Nuthalapaty⁴⁷, aunque abre una nueva incógnita, ya que

concluye en que si bien en las mujeres nulíparas sometidas a inducción del parto el peso materno se asoció con un mayor riesgo de cesárea y un parto más prolongado, y este era inversamente proporcional a la tasa de dilatación cervical, ni las tasas más bajas de administración de oxitocina a las mujeres más pesadas, ni la disminución de la respuesta uterina (como se refleja en las unidades Montevideo medidas) explicaron el progreso más lento del parto.

A modo de cierre, se puede afirmar que la obesidad durante la gestación induce alteraciones fisiológicas con resultado de compromiso de los sistemas respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal de la mujer que favorecen la presentación de complicaciones obstétricas como abortos espontáneos, diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, parto pretérmino y mayor número de cesáreas. De otro lado, aboca a mayores riesgos fetales y neonatales como la prematuridad, bajo peso para la edad gestacional, macrosomía, defectos al nacimiento, malformaciones genéticas, aumento del riesgo de muerte fetal⁴⁸⁻⁵⁰.

En resumen, y como expresa Heslehurst et al.⁵¹, la obesidad materna contribuye significativamente a un peor pronóstico para la madre y el bebé durante el parto y en el posparto inmediato.

Añadir que los efectos de la obesidad persistente de la madre es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles fuera del embarazo, parto y posparto y que el recién nacido de madre obesa, como ya se ha estudiado, tiene propensión a la obesidad en la vida adulta debido a la programación durante el desarrollo fetal y consecuentemente al desarrollo de enfermedades crónicas en su vida adulta⁵², de ahí la importancia de ejecutar una estrategia de prevención primaria del sobrepeso y obesidad.

Limitaciones

Como limitación fundamental del estudio es que a pesar de que dicha muestra es prácticamente la totalidad de la población cántabra, no se ha podido recoger la muestra del Hospital Comarcal de Laredo (público del SCS) ni del Hospital Mompía (privado) que, conjuntamente con el Hospital U. Marqués de Valdecilla, dan asistencia obstétrica a toda la autonomía de Cantabria, por no tener registrado estos dos centros el IMC de las mujeres gestantes atendidas.

Cierto es que la pérdida de la muestra por este inconveniente es pequeña, ya que el Hospital Comarcal de Laredo atendió en 2021, 257 partos y en 2022, 306; además, por sus características de atención de escasa complejidad, deriva a la mayoría de las mujeres gestantes obesas al hospital de referencia, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Por su parte, el Hospital de Mompía atendió en 2021, 198 partos y en 2022, 174 partos. En consecuencia, en el muestreo ha quedado fuera una reducida proporción de

los componentes de la muestra total de la población, puesto que en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se asistieron, en 2021, el 85,88% (2.768) y en 2022, el 84,80% (2.679) de la totalidad de partos de Cantabria. Se considera que la muestra estudiada, a pesar de ello, es importante y significativa (n= 920).

Conclusiones

- Es de importancia capital concienciar a la población en general, empezando por los jóvenes, y a las mujeres que proyectan su maternidad en concreto, de la extrema gravedad del problema de la obesidad dado el riesgo que implica para la salud en general y en particular para la mujer gestante y el feto en el proceso de parto y nacimiento.
- Como problema de salud pública, la obesidad también en la gestación requiere acciones efectivas y urgentes, que incluyan directrices clínicas nacionales para el tratamiento de las mujeres embarazadas obesas e intervenciones de salud pública para ayudar a salvaguardar la salud de las madres y sus hijos.
- Es importante destacar el papel fundamental de las matronas en el asesoramiento nutricional y la actividad física a las mujeres, y de forma especial, durante el embarazo y en el periodo intergenésico, para reducir los resultados adversos en el parto y nacimiento y la derivación de este problema para la vida futura de madres e hijos.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Basic Documents [internet]. 49th ed. Geneva: WHO; 2020 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf
2. Alcántara Moreno G. La definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación [internet] 2008 [citado 8 dic 2024]; 9(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Glosario [internet]. Ginebra: OMS; 1998 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1
4. Asamblea Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000: estrategia mundial. Organización Mundial de la Salud [internet] 1981 [citado 8 dic 2024]; 34. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/196909>
5. De Lorenzo A, Bianchi A, Maroni P, Iannarelli A, Di Daniele N, Iacopino L, Di Renzo L. Adiposity rather than BMI determines metabolic risk. Int J Cardiol. [internet] 2013 [citado 8 dic 2024]; 166(1):111-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22088224/>
6. RAE. Diccionario de la lengua castellana. Página 723. [internet]. 14^a ed. Madrid: Sucesores de Hernando; 1914. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://archive.org/details/diccionariodelal00realuoft/page/n23/mode/2up?view=theater>
7. Morales P Aduccio. Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. Comunidad y Salud [internet]. 2010 [citado 8 dic 2024]; 8(2):83-90. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000200011&lng=es
8. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [internet]. Geneva: WHO. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
9. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. Obesity (Silver Spring). [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 27(1):7-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22378>
10. Cercato C, Fonseca FA. Cardiovascular risk and obesity. Diabetol Metab Syndr [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 11:74. Disponible en: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-019-0468-0#Sec1>
11. Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J. Overcoming obesity: an initial economic analysis [internet]. Jakarta, Indonesia: Instituto Global McKinsey; 2014. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/business%20functions/economic%20studies%20temp/our%20insights/how%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/mgi_overcoming_obesity_executive_summary.pdf
12. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2023. World Obesity Federation [internet] [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
13. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2020 [internet]. Madrid: INE; 2020. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&tidp=1254735573175

14. Gramage Córdoba LI, Asins Cubells A, Álvarez Rodríguez S, Alonso Bellido MJ. Obesidad en la edad reproductiva y embarazo. *Matronas Hoy* [internet] 2015 [citado 8 dic 2024]; 3:32-439. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/53/obesidad-en-la-edad-reproductiva-y-embarazo-revision-de-la-bibliografia/>.
15. Cajas Montenegro G. Obesidad materna y complicaciones. [Tesis doctoral]. Guatemala; 2015. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/1922/1/Informe%20Final.pdf>
16. Lozano Bustillo A, Betancourth Melendez W, Turcios Urbin L, Cueva Nuñez J. Overweight and Obesity in Pregnancy: Complications and Management. *Archivos de Medicina* [internet] 2016 [citado 8 dic 2024]; 12(3)-11. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/abstract/sobrepeso-y-obesidad-en-el-embarazo-complicaciones-y-manejo-11135.html>
17. Martínez Salas J. Importancia del control de peso durante la gestación y sus complicaciones. Revisión bibliográfica. [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28554/TFG-L1855.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Ponce García I. Evolución de la obesidad en una muestra de origen poblacional española. Valor pronóstico en la mortalidad. [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad Católica San Antonio; 2013. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/831/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. De la Calle M, Armijo O, Martín E, Sancha M, Magdaleno F, Omeñaca F, et al. Sobrepeso y Obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Rev. chil. obstet. ginecol* 2009; 74(4):233-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000400005>
20. Creanga AA, Catalano PM, Bateman BT. Obesity in Pregnancy. *The New England journal of medicine* [internet] 2022 [citado 8 dic 2024]; 387:248-59. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1801040>
21. Álvarez-Guerra González E, Sarasa Muñoz N, Cañizares Luna O, Ramírez Mesa C, Orozco Muños C, Artiles Santana A. Factores maternos relacionados con nacimientos adecuados y grandes para la edad gestacional, 1-16 [internet]. Conferencia: Convención Internacional Virtual de Ciencias Morfológicas. *Morfovirtual* 2020. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/353166755_Factores_maternos_relacionados_con_nacimientos_adecuados_y_grandes_para_la_edad_gestacional
22. Sánchez Soto K. Peso materno y macrosomía neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión enero - setiembre 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323351565.pdf>
23. Zavala-González MA, Reyes-Díaz GK, Posada-Arévalo SE, Jiménez-Balderas EA. Índice de masa corporal en la definición de macrosomía fetal en Cárdenas, Tabasco, México. *Salud en Tabasco* [internet] 2009 [citado 8 dic 2024]; 15(1):828-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48712088003>
24. Devlieger R, Benhalima K, Damm P, Van Assche A, Mathieu C, Mahmood T, et al. Maternal obesity in Europe: where do we stand and how to move forward? A scientific paper commissioned by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [citado 8 dic 2024] 2016 Jun; 201:203-8. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(16\)30151-8/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(16)30151-8/abstract)
25. López Medina MD, López Araque AB, Murillo Castro RM. Gestantes con obesidad y su percepción del proceso de parto. *Ene.* [internet] 2015 [citado 8 dic 2024]; 9(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200004&lng=es
26. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *J Adv Nurs.* [internet] 2008 [citado 8 dic 2024]; 63(3):250-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/51395587_Womens_experiences_of_becoming_a_mother_after_prolonged_labour
27. Kim SY, Sharma AJ, Sappenfield W, Wilson HG, Salihu HM. Association of maternal body mass index, excessive weight gain, and gestational diabetes mellitus with large-for-gestational-age births. *Obstetrics and gynecology* [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 123(4):737-44. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4548850/>
28. Aparicio Chino A. Incidencia de las complicaciones materno-perinatales en gestantes con obesidad atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015-2017 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/86b8623c-79fe-43f6-abd0-31ca64a326c3/content>
29. Zhang C, Wu Y, Li S, Zhang D. Maternal prepregnancy obesity and the risk of shoulder dystocia: a meta-analysis. *BJOG.* [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 125(4):407-13. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14841>
30. Medero Canela R, Carrero Morera M, López Torres CR, Gil Barcenilla B. Prevalencia del exceso de peso en la gestación en Andalucía. *Aten Primaria.* [internet] 2021 [citado 8 dic 2024]; 53(5):102018. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8020412/>

31. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Savitz DA, Siega-Riz AM. Maternal prepregnancy overweight and obesity and the pattern of labor progression in term nulliparous women. *Obstetrics and gynecology* [internet] 2004 [citado 8 dic 2024]; 104(5 Pt 1):943-51. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2004/11000/maternal_prepregnancy_overweight_and_obesity_and.10.aspx
32. Zhang J, Bricker L, Wray S, Quenby S. Poor uterine contractility in obese women. *BJOG*: [internet] 2007 [citado 8 dic 2024]; 114(3):343-8. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2006.01233.x>
33. Poobalan AS, Aucott LS, Gurung T, Smith WC, Bhattacharya S. Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women--systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Obes Rev*. [internet] 2009 [citado 8 dic 2024]; 10(1):28-35. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2008.00537.x>
34. Rogers AJG, Harper LM, Mari G. A conceptual framework for the impact of obesity on risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 219(4):356-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29902446/>
35. Piña Torres K, Torres Lima S. Obesidad materna y complicaciones obstetricas. Hospital regional de Loreto 2015-2016. [Tesis]. Lima: Universidad Científica del Perú; 2018. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe:8080/server/api/core/bitstreams/88195011-acc7-4760-8efc-1707400befc1/content>
36. Gamarra León R. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del 2014. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
37. Segovia Vázquez MR. Obesidad materna pregestacional como factor de riesgo para el desarrollo de macrosomía fetal. *Revista del Nacional (Itauguá)* [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 6(1):8-15. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742014000100002
38. Cruz Romero C. Asociación entre la inadecuada ganancia de peso de las gestantes a término y complicaciones maternas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo julio-diciembre 2013. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/530>
39. Young TK, Woodmansee B. Factors that are associated with cesarean delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body mass index and weight gain. *Am J Obstet Gynecol*. [internet] 2002 [citado 8 dic 2024]; 187(2):312-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12193918/>
40. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F, Davitian C, Pharisien I, Uzan M. Grossesse des patientes obèses: quels risques faut-il craindre? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* [internet] 2007 [citado 8 dic 2024]; 35(1):19-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1297958906004565>
41. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate--a population-based screening study. *AJOG* [internet] 2004 [citado 8 dic 2024]; 190(4):1091-7. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)01924-0/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)01924-0/abstract)
42. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obes Rev*. [internet] 2007 [citado 8 dic 2024]; 8(5):385-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716296/>
43. Castillo Núñez J, Arenas Ramírez P, Muñoz Oreña M, Santos Santos P, López Canal A, Castaño Montón L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *Clin Invest Gin Obst*. [internet] 2009 [citado 8 dic 2024]; 36(4):122-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3035626>
44. Fagerberg MC, Maršál K, Källén K. Predicting the chance of vaginal delivery after one cesarean section: validation and elaboration of a published prediction model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. [internet] 2015 [citado 8 dic 2024]; 188:88-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25801723/>
45. Kalok A, Zabil SA, Jamil MA, Lim PS, Shafiee MN, Kampan N, et al. Antenatal scoring system in predicting the success of planned vaginal birth following one previous caesarean section. *Journal of obstetrics and gynaecology* [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 38(3):339-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320327334_Antenatal_scoring_system_in_predicting_the_success_of_planned_vaginal_birth_following_one_previous_caesarean_section
46. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. [internet] 2013 [citado 8 dic 2024]; 170(1):25-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23810846/>
47. Nuthalapaty FS, Rouse DJ, Owen J. The association of maternal weight with cesarean risk, labor duration, and cervical dilation rate during labor induction. *Obstet Gynecol*. [internet] 2004 [citado 8 dic 2024]; 103(3):452-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14990405/>
48. Mendoza L, Pérez B, Sánchez Bernal S. Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y su asociación

- con las medidas antropométricas de sus recién nacidos. *Pediatr. (Asunción)* [internet] 2010 [citado 8 dic 2024]; 37(2):91-6. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032010000200003&lng=en&nr=iso&ftlng=es
49. Sánchez-Jiménez B, Sámano-Sámano R, Pinzón-Rivera I, Balas-Nakash M, Perichart-Perera O. Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad. *Rev Salud Publica Nutr.* [internet] 2010 [citado 8 dic 2024]; 11(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25926>
50. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud pública Méx* [internet] 2010 [citado 8 dic 2024]; 52(3):220-5. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300006
51. Heslehurst N, Simpson H, Ells LJ, Rankin J, Wilkinson J, Lang R, et al. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev.* [internet] 2008 [citado 8 dic 2024]; 9(6):635-83. Disponible en: <https://durham-repository.worktribe.com/output/1529430/the-impact-of-maternal-bmi-status-on-pregnancy-outcomes-with-immediate-short-term-obstetric-resource-implications-a-meta-analysis>
52. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, González Torres H, Ortega RM. Prevención de la obesidad desde la etapa perinatal. *Nutr. Hosp.* [internet] 2017 [citado 8 dic 2024]; 34(Suppl 4):53-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000011&lng=es&nr=iso&ftlng=es

Estudio descriptivo sobre la opinión anónima de las mujeres acerca del rol de la matrona en consulta preconcepcional en Atención Primaria

¹ Elena Fernández García

² Pilar Olmedo Gómez

³ Ana Fernández García

⁴ Leticia Lledó Gómez

⁵ Ana Anocibar Marcano

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

² Matrona. CS Mejorada del Campo. Madrid (España)

³ Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Tordesillas (Valladolid Oeste). Valladolid (España)

⁴ Matrona. Hospital General Dr Balmis. Alicante (España)

⁵ Matrona. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid (España)

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

Fecha de recepción: 16 de agosto de 2024.

Fecha de aceptación: 5 de noviembre de 2024.

Cómo citar este artículo:

Fernández García E, Olmedo Gómez P, Fernández García A, Lledó Gómez L, Anocibar Marcano A. Estudio descriptivo sobre la opinión anónima de las mujeres acerca del rol de la matrona en consulta preconcepcional en Atención Primaria. *Matronas Hoy* 2024; 12(3):16-23.

Resumen

Introducción: las matronas contribuyen a la promoción y prevención de la morbimortalidad materna y fetal antes, durante y después del parto. La planificación del embarazo es un momento ideal para fomentar cambios de comportamiento que orienten hacia hábitos más saludables. El contenido de las consultas preconcepcionales se tiene que adaptar a las circunstancias particulares de cada mujer y familia, para lograr el objetivo de obtener no solo un embarazo, sino, y además, los mejores resultados de salud tanto para la madre como para feto, mediante educación sanitaria como vía de promoción de la salud de los progenitores que incidirá, además, en la futura descendencia de estos.

Objetivo: recabar, analizar y describir la opinión de las mujeres de manera anónima a través de una encuesta sobre el conocimiento del cuidado preconcepcional disponible en la consulta de su matrona de Atención Primaria (AP).

Material y método: estudio descriptivo transversal no experimental anónimo del conocimiento de las mujeres sobre el cuidado preconcepcional básico en la consulta de su matrona de AP.

Resultados: las participantes de esta encuesta anónima han sido 67 mujeres embarazadas y con hijos menores de 6 meses en un plazo de 30 días. El 26,86% de las mujeres encuestadas acudió a consulta preconcepcional de la matrona antes de la búsqueda de embarazo. Un 74,62% de las mujeres había acudido alguna vez, previamente a la gestación, a consulta de matrona.

Conclusiones: la matrona es la figura de referencia principal en la vida sexual y reproductiva de la mujer y sus familias.

Las matronas tienen un rol clave en la educación sanitaria y en la promoción de la salud a través de diferentes actividades asistenciales preventivas y conductuales y terapéuticas dentro de sus competencias.

La consulta preconcepcional ha demostrado reducir la incidencia de complicaciones en las mujeres y sus hijos y, por tanto, es necesario incluirla en la cartera de servicios de la matrona y que las mujeres (y hombres) conozcan este servicio sanitario que las matronas prestan.

Palabras clave: matronas; preconcepción; consulta preconcepcional; educación sanitaria; promoción de la salud; hábitos saludables; intervención sanitaria costo efectiva.

Abstract

Descriptive study on the anonymous opinion of women about the role of the midwife in preconception counselling in Primary Care

Introduction: midwives are contributing to the promotion and prevention of maternal and fetal morbimortality before, during and after delivery. Pregnancy planning is an ideal moment to encourage changes in behaviour oriented towards healthier habits. The contents of preconception consultations must adapt to the specific circumstances of each woman and family, in order to achieve not only the objective of pregnancy, but also the best health results both for the mother and the fetus, through health education as a pathway to promote the health of the parents, which will also have impact on their future descendants.

Objective: to collect, analyse and describe the opinion of women anonymously through a survey on the knowledge of preconception care available from their Primary Care (PC) midwife.

Materials and Method: a descriptive cross-sectional non-experimental anonymous study on the knowledge of women about basic preconception care at their PC midwife practice.

Results: the participants in this anonymous survey were 67 pregnant women with children under 6 months of age within 30 days. Of those women surveyed, 26.86% had attended a preconception consultation by their midwife before looking for pregnancy; and 74.62% of women had visited their midwife on some occasion previous to pregnancy.

Conclusions: the midwife is the main person of reference for the sexual and reproductive life of women and their families.

Midwives play a key role in health education and health promotion through different preventive, behavioural and therapeutic activities of care, within their competences.

Preconception consultations have demonstrated a reduction in the incidence of complications in women and their children and, therefore, these must be included in the portfolio of services by the midwife, and awareness must be generated among women (and men) about this healthcare service provided by midwives.

Key words: midwives; preconception; preconception consultation; health education; health promotion; healthy habits; cost-effective healthcare intervention.

Introducción

La matrona es la figura de referencia principal en la vida sexual y reproductiva de la mujer y sus familias. Es la profesional clave y esencial en la salud reproductiva, responsable de los cuidados físicos y psicológicos de la mujer^{1,2}.

Tradicionalmente, las matronas han sido vistas como ayudantes sanitarias ligadas únicamente al parto. Sin embargo, hay evidencia muy robusta de que las matronas contribuyen a la promoción y prevención de la morbilidad materna y fetal antes, durante y después del parto³⁻⁵.

Las matronas en España están preparadas y dispuestas para llevar a cabo el consejo preconcepcional, dado que es materia curricular de su intensa formación en salud sexual y reproductiva⁶. En muchos otros países las matronas están capacitadas también para esta asistencia, esto depende del contenido de su programa formativo en relación con esta materia; sin embargo, solo se ha encontrado un estudio realizado en Australia sobre los conocimientos, las actitudes y percepciones positivas de las matronas australianas relacionados con la provisión de cuidados preconcepcionales⁵.

La atención preconcepcional eficaz implica una serie de intervenciones preventivas, conductuales y terapéuticas

Planificación del embarazo

Diversos estudios han demostrado que los nuevos hábitos y cambios en el estilo de vida se adquieren antes del embarazo. La planificación del embarazo es un momento ideal para fomentar cambios de comportamiento que orienten hacia hábitos más saludables. Es importante destacar que estos nuevos conocimientos, y otros factores que influyen en la salud durante la preconcepción, se evalúan y adquieren gracias al trabajo de las matronas en consultas preconcepcionales⁷. El propósito principal de la asistencia preconcepcional es promover la salud tanto de la mujer como de su futura descendencia y familia⁸, esto es, que la mujer afronte el embarazo desde el mejor estatus de salud posible. Si una familia está buscando un embarazo, hay predisposición positiva para efectuar cambios para llevar una vida saludable. La salud de las mujeres es un gran desafío para los servicios de maternidad; como dato que refrenda esta afirmación, decir que dos tercios de muertes maternas en el Reino Unido se deben a mujeres con problemas médicos previos⁹.

Hay información basada en la evidencia de la mayoría de las enfermedades crónicas o enfermedades que pueden ocurrir en pacientes (mujeres y hombres) que están en edad reproductiva y cómo afecta su salud sexual^{10,11}.

La consulta preconcepcional de la matrona

La consulta preconcepcional debe llevarse a cabo en el año previo al inicio del embarazo^{2,12} y su contenido se tiene que adaptar a las circunstancias particulares de cada mujer^{12,13}.

La consulta preconcepcional puede ser útil tanto para las mujeres que acuden espontáneamente a solicitar consejo antes de iniciar un embarazo, como para aquellas que acuden o por la existencia de factores de riesgo, como malos antecedentes reproductivos, o por padecer una enfermedad crónica, como ocurre en la actualidad¹².

Hay suficiente evidencia de investigación en humanos y animales que muestra que el periodo periconcepcional es una ventana clave durante la cual la fisiología materna y paterna, la composición corporal, el metabolismo y la dieta deficientes pueden inducir un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la descendencia, un legado de por vida y un importante impulsor de la carga de salud en el siglo XXI¹⁴.

En la mayoría de los países, lo más común es que el cuidado preconcepcional se centre en reducir obesidad, dieta saludable rica en nutrientes, disminuir sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas) y asegurar un bienestar en la salud mental de las mujeres y sus familias, que son factores asociados a malos resultados obstétricos¹²⁻¹⁵.

Con el título *Atención preconcepcional: maximizar los beneficios para la salud maternoinfantil* un nuevo informe de la OMS muestra que la atención preconcepcional tiene un impacto positivo en los resultados de salud maternoinfantil. La OMS define la atención preconcepcional como la oferta de intervenciones biomédicas, conductuales y de salud social a mujeres y parejas antes de que se produzca la concepción, con el objetivo de mejorar su estado de salud y reducir los comportamientos y los factores individuales y ambientales que contribuyen a los malos resultados de salud materna e infantil. Su objetivo final es mejorar la salud materna e infantil, tanto a corto como a largo plazo¹⁵ (Figura 1).

Es muy importante igualmente informar a la mujer de la importancia que la suplementación de folatos y yoduros, evaluar su actividad física, laboral y exposición a teratógenos, farmacológicos y ambientales, cribados de cáncer de cérvix y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y hacer participe a la mujer y a su pareja de la repercusión que ello puede tener sobre la deseada gestación¹²⁻¹⁶. Los métodos anticonceptivos previos, las prácticas sexuales seguras, el apoyo sociofamiliar de la futura mujer embarazada y las recomendaciones de una consulta prenatal precoz son actividades importantísimas en la consulta preconcepcional^{12,13}.

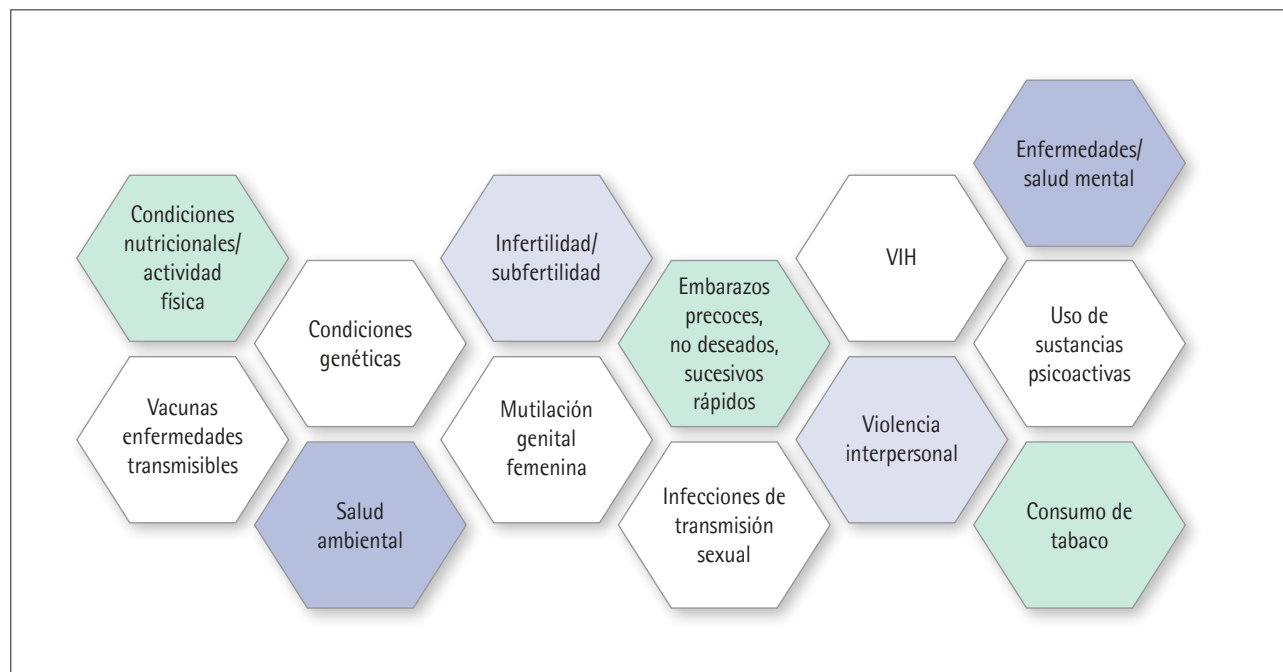


Figura 1. Áreas abordadas en la atención preconcepcional (modificado de OMS)¹⁵

El enfoque de las consultas sucesivas preconcepcionales debe ajustarse a los problemas específicos que se identifiquen y se vayan descubriendo, y es aquí donde la matrona establece su rol en la educación sanitaria y en la promoción de la salud. A lo que se añade la empatía y la cercanía de un profesional competente y comprometido como la matrona, acostumbrado a tratar problemas de la esfera sexual y reproductiva desde una interacción más cercana frente a la tradicionalmente considerada asimétrica con el médico y, por tanto, más rígida, a pesar de su buena intención y conocimientos, en la que las mujeres y parejas pueden sentirse sometidos a la voluntad del profesional médico asumiendo un rol pasivo que, en muchas ocasiones, no satisface sus deseos ni expectativas. De hecho, las mujeres y los hombres que participan en consultas preconcepcionales lideradas por matronas tienen una mayor adherencia a las recomendaciones médicas, lo que se traduce en mejores resultados de salud tanto para la madre como para el bebé².

La consulta preconcepcional ha demostrado que aumenta la probabilidad de un embarazo planificado y reduce la incidencia de complicaciones durante la gestación, gracias a la detección temprana de los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables desde la etapa preconcepcional¹⁷.

La evaluación del riesgo preconcepcional se basa en la historia clínica, recopilando información sobre los antecedentes médicos, reproductivos y familiares, así como sobre los hábitos sociales y las exposiciones ambientales.

Es crucial identificar signos de enfermedades sistémicas o ginecológicas y realizar un examen físico. Además, se recomienda que todas las mujeres se sometan a pruebas de laboratorio que incluyan hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh, glucemia, proteinuria y pruebas para la detección de rubéola, toxoplasmosis y sífilis. También es aconsejable realizar una citología y obtener el consentimiento para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹². Es importante considerar la situación particular de cada mujer para decidir si es necesario realizar pruebas adicionales, como cultivos de orina o detecciones de hepatitis B, varicela y tuberculosis, entre otras.

La matrona también se ocupa de examinar a la pareja de esa mujer: si es mujer, con las pruebas pertinentes mencionadas arriba y si es hombre la prevención primaria durante el periodo preconcepcional es esencial para maximizar la planificación del embarazo y los resultados^{18,19}. La salud del hombre durante la concepción se ha demostrado que afecta el embarazo y los resultados neonatales de manera directa con la calidad del espermatozoide^{20,21}. La salud del hombre (diabetes, obesidad, etc.) y uso de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas) tiene una influencia no solo en su estado de salud en general, sino también en su salud sexual¹⁹. La fertilidad del hombre desciende a partir de los 35 años; la calidad y cantidad de espermatozoides y su habilidad de entrar en la zona pelúcida está afectada²². A partir de los 50 años, enfermedades como autismo, esquizofrenia y alteraciones cromosómicas (Marfan y síndrome de Down) están más presentes y se ha demostrado asociación con la edad del padre²³. Sin embargo, llama la atención que pocos

estudios se centran en la salud preconceptiva del hombre. La ausencia de protocolos sobre salud reproductiva en el hombre es una gran barrera para los profesionales sanitarios que tienen contacto con ellos²⁴, en la mayoría de los casos las matronas son el primer contacto cuando la mujer acude a consulta preconcepcional.

Historia médica, uso de medicación, historia familiar y riesgos genéticos, historia social, salud mental, hábitos nutricionales, examen físico (test de ETS y cribado de cáncer testicular), inmunizaciones, riesgos laborales, depresión y promoción de la salud deben ser llevados a cabo en la visita preconcepcional^{19,24}.

Los beneficios de la atención preconcepcional al hombre son importantes, incluyendo asegurar que todos los embarazos sean planificados y deseados, mejorar las contribuciones genéticas y biológicas del hombre al embarazo, mejorar la salud reproductiva y los resultados para las parejas femeninas, mejorar la capacidad y la comprensión del hombre sobre la paternidad y mejorar la salud general de este a través del acceso a la Atención Primaria¹⁹.

Como profesional especializado en la salud reproductiva, la matrona no solo proporciona asistencia sanitaria, sino también orientación y apoyo emocional, ayudando a la mujer y a su pareja a adoptar hábitos saludables y a identificar posibles riesgos antes de la concepción. Aquí se destaca el papel crucial de la matrona en el asesoramiento genético en la consulta preconcepcional y prenatal, en la identificación de riesgos genéticos y en la educación de las mujeres sobre la importancia de la planificación del embarazo en contextos de riesgo. Este enfoque no solo contribuye a la salud del feto, sino que también empodera a las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva²⁵.

Se puede afirmar con rotundidad que, en cualquier país, el consejo preconcepcional debería realizarse porque reduce el riesgo de efectos adversos para la salud de la mujer, el feto y el neonato, por tanto es una actividad estratégica y especialmente costo-efectiva.

Recientes datos afirman que la carga mundial de trastornos neonatales y de nacimiento es sustancial, con 2,4 millones de recién nacidos afectados cada año²⁶. Estos problemas pueden aumentar las tasas de mortalidad, las discapacidades a largo plazo y los costos de atención médica. Además, imponen cargas emocionales, financieras y sociales a las familias y las comunidades²⁷.

Objetivos

Objetivo principal: recabar la opinión de las mujeres de manera anónima sobre el conocimiento del cuidado preconcepcional disponible en la consulta de su matrona de Atención Primaria (AP).

Objetivos secundarios:

- Analizar el conocimiento de las mujeres sobre los cuidados que ofrece su matrona de AP.
- Describir el conocimiento de las mujeres en cuidados básicos preconcepcionales centrados en la toma de ácido fólico (Educación para la Salud) y cribado de cáncer de cérvix y la importancia de la matrona en esas dos competencias.

Material y método

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal no experimental anónimo del conocimiento de las mujeres sobre el cuidado preconcepcional básico en la consulta de su matrona de AP. Se ha efectuado a través de una encuesta anónima en papel del 30 de abril de 2024 al 30 de mayo de 2024. Esta encuesta ha sido difundida en clases de preparación al parto y a través de redes sociales para mujeres que han sido recientemente madres con hijos por debajo de 6 meses de edad, criterio este de inclusión.

Se ha diseñado una encuesta como método de investigación porque es una manera bastante tradicional y eficaz de llevar a cabo un estudio para investigar, explicar, describir de manera precisa la realidad y estudiar el conocimiento de estas mujeres²⁸. Se ha decidido el uso de encuestas porque es una manera eficaz de analizar las posibles causas entre dos o más variables²⁹ y la validez interna y externa del uso de encuestas ha demostrado ser la forma más coste-efectiva y flexible al poder añadir más variables en la realización de un estudio descriptivo transversal no experimental³⁰.

El estudio se ha efectuado a través de estas variables nominales estudiadas, calculando los porcentajes:

- Culturales: conocimientos sobre los cuidados de preconcepción básicos ginecológicos y la asistencia a la consulta de matrona.
- Opinión directa de las mujeres sobre cuidados necesarios antes de la búsqueda de embarazo.
- Respuesta directa sobre los cuidados básicos donde la matrona tiene un papel clave en Educación para la Salud, como es la recomendación personal a cada mujer de la toma de ácido fólico y la realización del cribado de cáncer de cérvix.
- Respuesta de las mujeres sobre el conocimiento del papel de la matrona en la preconcepción.

Se han estudiado y resumido cuatro variables principales para la interpretación de resultados:

- Asistencia a la consulta de matrona antes de la búsqueda de embarazo.
- Conocimiento sobre la toma previa de ácido fólico y realización de citología acorde a programa de cribado de cáncer de cérvix.
- Importancia de acudir a consulta de matrona fuera del ámbito del embarazo, parto y posparto.
- Conocimiento del papel de la matrona en promoción de un embarazo saludable y ayuda a la búsqueda de embarazo.

La elaboración del estudio se ha llevado a cabo siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones sanitarias³¹.

Resultados

Las participantes de esta encuesta anónima han sido 67 mujeres embarazadas y con hijos menores de 6 meses en un plazo de 30 días. A continuación se recogen los resultados de la encuesta.

1. Asistencia a la consulta de matrona antes de la búsqueda de embarazo:	
¿Acudiste a consulta antes de quedarte embarazada?	<p>■ Sí 18 (26,86%)</p> <p>■ No 49 (73,14%)</p>
2. Conocimiento sobre la toma previa de ácido fólico y la realización de citología acorde a programa de cribado de cáncer de cérvix:	
¿Sabías que antes de buscar embarazo debías...? Tomar ácido fólico:	<p>■ Sí 31 (46,26%)</p> <p>■ No 36 (53,74%)</p>
¿Sabías que antes de buscar embarazo debías...? Hacerse una citología acorde a protocolo de la CC.AA.:	<p>■ Sí 12 (17,90%)</p> <p>■ No 55 (82,10%)</p>
3. Importancia de acudir a consulta de matrona fuera del ámbito del embarazo, parto y posparto.	
¿Habías estado en consulta con tu matrona antes del embarazo?	<p>■ Sí 50 (74,65%)</p> <p>■ No 17 (25,35%)</p>
4. Conocimiento del papel de la matrona en promoción de un embarazo saludable y ayuda a la búsqueda de embarazo.	
¿Sabías que tu matrona te puede ayudar a conseguir un embarazo saludable o a diagnosticar los problemas por los que no se produce el embarazo?	<p>■ Sí 25 (37,31%)</p> <p>■ No 49 (73,14%)</p>

Solo el 26,86% de las mujeres encuestadas acudió a consulta preconcepcional de la matrona antes de la búsqueda de embarazo. Un 46,26% de las mujeres tomó ácido fólico previo a la gestación. El 17,9% tenía realizada una citología acorde al cribado de la CC.AA. Únicamente un 37,31% de las mujeres sabía que las matronas podrían haberlas ayudado a detectar problemas de esterilidad.

Como dato positivo, el 74,62% de las mujeres había acudido alguna vez previo a la gestación a consulta de matrona alguna vez.

Conclusiones

- La consulta preconcepcional ha demostrado reducir la incidencia de complicaciones en las mujeres y sus hijos, gracias a la detección temprana de los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables desde la etapa preconcepcional.
- La planificación del embarazo es clave para fomentar cambios de comportamiento que orienten hacia hábitos más saludables en las mujeres y sus parejas.
- La matrona es la figura de referencia principal en la vida sexual y reproductiva de la mujer y sus familias, además de ser el profesional que está más en contacto directo con las mujeres en la comunidad.
- Las matronas tienen un rol clave en la educación sanitaria y en la promoción de la salud a través de diferentes actividades asistenciales preventivas, conductuales y terapéuticas dentro de sus competencias y, muy específicamente, en la consulta preconcepcional.
- Urge que las Administraciones Sanitarias incluyan en la cartera de servicios de la matrona esta asistencia dada la costo-efectividad demostrada.
- Es imprescindible incrementar el conocimiento por parte de las mujeres de la oferta asistencial de las matronas y que estas asuman la importancia de la consulta preconcepcional para planear embarazos saludables.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Moreno JMM, Pastor RDR. Estrategias de salud sexual y reproductiva en la mujer. NPunto [internet] 2024 [citado 8 dic 2024]; (74):31-58. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/74/estrategias-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-la-mujer>
2. Castillo AG, Villalba AIF, Sánchez MR, de Buen SP. El papel de la matrona en la atención preconcepcional. Revista Sanitaria de Investigación [internet] 2021 [citado 8 dic 2024]; 2(3):86. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-papel-de-la-matrona-en-la-atencion-preconcepcional/>
3. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Amos Channon A, Fen Cheung N, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 384(9948):1129-45. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/abstract)
4. Fernández-García E, Fernández-García A, Gutiérrez-Martín MJ, García-Calvo L, Varona-Iglesias S, Del Campo-Sanz Y. El papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas durante el periodo de preconcepción y antenatal. Matronas Hoy [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 7(3):29-40. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/174/el-papel-de-la-matrona-en-la-prevencion-de-muertes-intrauterinas-durante-el-periodo-de-preconcepcion-y-antenatal/>
5. Bradfield Z, Leefhelm E, Soh SE, Black KI, Boyle JA, Kuliukas L, et al. The MidPIC study: Midwives' knowledge, perspectives and learning needs regarding preconception and interconception care. PLoS One [internet] 2023 [citado 8 dic 2024]; 18(11):e0289910. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0289910>
6. 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 Obstétrica-Ginecológica (Matrona). BOE núm. 129 a 28 de mayo de 2009. Sec. III. pag. 44697.
7. Skogsdal Y. Preconception health in Sweden: The impact of lifestyle factors and the role of midwife's counselling. Doctoral dissertation. Örebro University. [internet] 2021 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1535519/FULLTEXT01.pdf>
8. Liberati ML, Uranga A, Forestieri OÁ. Asesoramiento y consulta preconcepcional. Capítulo de libro "Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención" [internet]. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Facultad de Ciencias Médicas; 2022. [citado 8 dic 2024]. p. 1428-1436. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147978/Documento_completo.%20LIBERATI.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Shakespeare J, Kotnis R, Kenyon S, Kurinczuk JJ (eds.) on behalf of MBRACE-UK. Saving

- Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2015-17 [internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2019 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202019%20-%20WEB%20VERSION.pdf>
10. Hayes DK, Robbins CL, Ko JY. Trends in Selected Chronic Conditions and Related Risk Factors Among Women of Reproductive Age: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011-2017. *J Womens Health (Larchmt)*. [internet] 2020 [citado 8 dic 2024]; 29(12):1576-85. Disponible: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8039859/>
 11. Forestier B, Anthoine E, Reguiat Z, Reguiat Z, Fohrer C, Blanchin M. A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. *Health Qual Life Outcomes* [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 17(19). Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-019-1084-2?utm_source=getftr&utm_medium=getftr&utm_campaign=getftr_pilot&utm_integrator=tfo
 12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Consulta preconcepcional. Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. Tomo I. Protocolo n.º 2 bis. SEGO [internet] 1997 [citado 8 dic 2024]. Disponible en <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681371036.pdf>
 13. Bru Martín C, Martínez Galiano JM, de Dios Berlanga S. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Matronas Prof.* [internet] 2008 [citado 8 dic 2024]; 9(1):11-4. Disponible en: <https://rujapre.ujaen.es/server/api/core/bitstreams/215d9442-0b5f-49b9-b6e4-9b45dc957810/content>
 14. Fleming TP, Watkins AJ, Velázquez MA, Mathers JC, Prentice AM, Stephenson J, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *Lancet*. [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 391(10132):1842-52. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S014067361830312X?returnurl=https%3F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS014067361830312X%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https%3F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
 15. World Health Organization (WHO). Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. POLICY BRIEF. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. WHO [internet] 2013 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340533/WHO-FWC-MCA-13.02-eng.pdf?sequence=1>
 16. Dorney E, Black KI. Preconception care. *Aust J Gen Pract*. [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 47(7):424-9. doi: <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-18-4485>
 17. Allan HT, Mounce G, Crespo E, Shawe J. Preconception care for infertile couples: Nurses' and midwives' roles in promoting better maternal and birth outcomes. *Journal of Clinical Nursing* [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 27(0):4411-8. Disponible en: <https://pure.plymouth.ac.uk/ws/portalfiles/portal/39198916/Preconception%20care%20for%20infertile%20couples.pdf>
 18. O'Brien AP, Hurley J, Linsley P, McNeil KA, Fletcher R, Aitken JR. Men's preconception health: a primary health-care viewpoint. *American Journal of Men's health* [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; 12(5):1575-81. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6142132/>
 19. Frey KA. Male reproductive health and infertility. *Primary care* [internet] 2010 [citado 8 dic 2024]; 37(3):643-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20705204/>
 20. Moss JL, Harris KM. Impact of maternal and paternal preconception health on birth outcomes using prospective couples' data in Add Health. *Archives of gynecology and obstetrics*. [internet] 2015 [citado 8 dic 2024]; 291(2):287-98. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4293222/>
 21. Shawe J, Patel D, Joy M, Howden B, Barrett G, Stephenson J. Preparation for fatherhood: A survey of men's preconception health knowledge and behaviour in England. *PLoS One*. [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 14(3):e0213897. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213897>
 22. Barron ML. Fertility literacy for women in primary care settings. *The Journal for Nurse Practitioners* [internet] 2013 [citado 8 di 2024]; 9(3):161-5. Disponible en: [https://www.npjournal.org/article/S1555-4155\(12\)00561-2/abstract](https://www.npjournal.org/article/S1555-4155(12)00561-2/abstract)
 23. Stewart AF, Kim ED. Fertility concerns for the aging male. *Urology* [internet] 2011 [citado 8 dic 2024]; 78(3):496-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21884897/>
 24. Marcell AV, Gavin LE, Moskosky SB, McKenna R, Rompalo AM. Developing federal clinical care recommendations for men. *Am. J. Prev. Med.* [internet] 2015 [citado 8 dic 2024]; 49(2):S14-S22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10472453/>
 25. Núñez-Segovia NO, González Parga FV, León-Figueroa SP, Calderón-Canales F, Alliende-Rodríguez MA. Asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal: una apuesta para el desarrollo en las competencias de matronas. *Matronas Hoy* 2022; 10(2):47-55.
 26. Rosa-Mangeret F, Benski AC, Golaz A, Zala PZ, Kyokan M, Wagner N, Muhe LM, Pfister RE. 2.5 Million Annual Deaths-Are Neonates in Low- and Middle-Income Countries Too Small to Be Seen? A Bottom-Up Overview on Neonatal Morbi-Mortality. *Trop Med Infect Dis*. [internet] 2022 [citado 8

- dic 2024]; 7(5):64. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9148074/>
27. Khekade H, Potdukhe A, Taksande AB, Wanjari MB, Yelne S. Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*. [internet] 2023 [citado 8 dic 2024]; 15(6):e41141. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10386873/>
28. Useche MC, Artigas W, Queipo B, Perozo E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos [internet]. Colombia: Universidad de La Guajira; 2019. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/server/api/core/bitstreams/58ae17e3-11a9-4f4a-be08-ec7839528f01/content>
29. Lemos PL. Herramientas para la mejora de la calidad. *FEMETAL* [internet] 2016 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://calidadsbiblo.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/01/libro-herramientas-para-la-mejora-de-la-calidad-curso-unit.pdf>
30. Valencia Benítez JC, Carmenates Barrios OA. Validación del instrumento encuesta para su aplicación en centros de capacitación. *Conrado* [internet] 2022 [citado 8 dic 2024]; 18(88):14-20. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442022000500014
31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. *Asociación Médica Mundial* [internet] 2024 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



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.



¹ Sandra García-Pintor
² Irene Barba Jiménez
³ Carmen Hachero Rodríguez
⁴ Irene Agea-Cano
⁵ Carmen Mejías Paneque
⁶ María José Barbosa Chaves
⁷ Rafael A. Caparros-Gonzalez

Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos: una revisión paraguas

¹ *Matrona. Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería (España).*

² *Matrona. Centros de Salud del Área de Gestión Sanitaria del sur de Córdoba. Córdoba (España).*

³ *Matrona. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda, Jaén (España).*

⁴ *Matrona. Doctora en Ciencias de la Salud. AGS Nordeste de Jaén. Grupo de investigación CTS-464 Enfermería e innovación en cuidados de salud de la Universidad de Jaén. España.*

⁵ *Matrona. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla (España).*

⁶ *Matrona. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz (España).*

⁷ *Matrón. Doctor en Psicología. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA, Granada (España).*

E-mail: sandra.garcia.pintor.sspa@juntadeandalucia.es

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2024.

Fecha de aceptación: 5 de noviembre de 2024.

Cómo citar este artículo:

García-Pintor S, Barba Jiménez I, Hachero Rodríguez C, Agea-Cano I, Mejías Paneque C, Barbosa Chaves MJ, et al. Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos: una revisión paraguas. *Matronas Hoy* 2024; 12(3):25-38.

Resumen

Introducción: la matrona es un profesional esencial en la salud sexual y reproductiva durante toda la vida de las mujeres y de la salud integral del recién nacido hasta los 28 días tras el nacimiento. La matrona es el profesional sanitario más cualificado, legitimado y rentable para el cuidado de las mujeres y sus recién nacidos. Es una realidad la gran variabilidad en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, con alta prevalencia de medicalización en esta etapa y escasos modelos de continuidad de cuidados liderados por matronas que, se estima, es el modelo de atención más apropiado para potenciar el bienestar materno-fetal durante el embarazo, parto y puerperio.

Objetivo: el cuidado de la maternidad es una competencia de las matronas, por ello se pretende conocer el impacto en los resultados de salud materno-fetales, neonatales, lactancia materna, salud mental perinatal y costes económicos de los cuidados realizados por matronas durante el embarazo, parto y puerperio en comparación con otros modelos.

Método: se ha efectuado una revisión paraguas, para ello la búsqueda de artículos se llevó a cabo en las bases de datos Cochrane Library, Web of Science (WOS), Scopus y Cuiden, utilizando las palabras clave MeSH ("midwife", "continuity of patient care", "pregnancy", "newborn", "perinatal mental health", "breastfeeding", "health care costs"). Los trabajos se-

leccionados debían ser revisiones bibliográficas, narrativas, sistemáticas, exploratorias o metaanálisis, sin limitación de antigüedad temporal hasta noviembre de 2023. Se aplicó la metodología PRISMA.

Resultados: se evaluaron 19 revisiones que incluían un total de n= 228.509 mujeres embarazadas, n= 72.388 mujeres durante el puerperio y n= 7.931 matronas. Las revisiones eran de Australia, Irán, España, Estados Unidos, Reino Unido, México, Canadá y China. La atención durante el embarazo, parto y puerperio liderado por matronas cualificadas aumentó las tasas de partos eutócicos reduciendo las intervenciones, mejoró los resultados para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, mejoró la salud mental perinatal materna y demostró un ahorro del coste sanitario.

Conclusiones: el modelo de atención a la maternidad liderado por matronas cualificadas es seguro, mejora la salud de la mujer y su descendencia y es costo-efectivo. Las revisiones analizan la atención de la matrona en mujeres de bajo riesgo, se necesitan más investigaciones para evaluar el impacto de este tipo de atención en mujeres de medio y alto riesgo.

Palabras clave: matrona; cuidados perinatales; coste sanitario; salud mental perinatal; lactancia materna.

Abstract

Midwife care: impact on maternal and neonatal health and economic costs: an umbrella review

Introduction: *the midwife is an essential professional in the area of sexual and reproductive health throughout the life of women, as well as for the integral health of newborns until 28 days after birth. The midwife is the healthcare professional better qualified, entitled and cost-effective for the care of women and their newborns. It is a reality that there is great variability in care during pregnancy, delivery and postpartum, with high prevalence of medicalization during this stage, and limited models for continuity of care led by midwives, which we believe is the more adequate model of care for boosting maternal and fetal wellbeing during pregnancy, delivery and postpartum.*

Objective: *maternity care is the competence of midwives; therefore, the aim is to understand the impact of midwife during pregnancy, delivery and postpartum on maternal-fetal and neonatal health outcomes, breastfeeding, perinatal mental health, and economic costs, compared with other models.*

Method: *an umbrella review was conducted; there was a search for articles in the following databases: Cochrane Library, Web of Science (WOS), Scopus and Cuiden, using the key MeSH terms "midwife", "continuity of patient care",*

"pregnancy", "newborn", "perinatal mental health", "breastfeeding", "health care costs". In order to be selected, these articles had to be bibliographic, narrative, systematic or exploratory reviews, or meta-analyses, without limitations in terms of time of publication, until November 2023. The PRISMA methodology was applied.

Results: *nineteen (19) reviews were evaluated, including n=228,509 pregnant women in total, n= 72,388 women during postpartum, and n= 7,931 midwives. These reviews were from Australia, Iran, Spain, United States, United Kingdom, Mexico, Canada and China. Care by qualified midwives during pregnancy, delivery and postpartum increased the rates of normal deliveries and reduced the need for interventions, there was an improvement in the results for initiation and continuation of exclusive breastfeeding until 6 months of age, as well as an improvement in maternal perinatal mental health, and savings in healthcare costs were demonstrated.*

Conclusions: *the model of care for maternity led by qualified midwives is safe, improves the health of women and their children, and is cost-effective. These reviews were analyses about midwife care for low-risk women, and further research is required in order to assess the impact of this type of care in women with medium and low risk.*

Key words: *midwife; perinatal care; healthcare costs; perinatal mental health; breastfeeding.*

Introducción

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios, considerándose una figura esencial en la salud sexual y reproductiva durante toda la vida de las mujeres y de la salud integral del recién nacido hasta los 28 días tras el nacimiento. Así lo establecen organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad, que consideran que la matrona es el profesional sanitario más cualificado, legitimado y rentable para el cuidado de las mujeres y sus recién nacidos¹⁻³.

Los modelos de atención liderados por matronas son aquellos en los que, en embarazos de bajo riesgo, la referente del cuidado de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido sano hasta los 28 días de vida es la matrona⁴. En cambio, existen otros modelos de atención

en los que, durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, el cuidado de la mujer se lleva a cabo por diferentes profesionales: médicos de familia, enfermeras, obstetras, etc., no teniendo la mujer embarazada una matrona referente o diluyéndose su autonomía entre el resto de los profesionales sanitarios.

Actualmente en España existe gran variabilidad en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, existiendo una alta prevalencia de medicalización en esta etapa y escasos modelos de continuidad de cuidados liderados por matronas⁵. Con la intención de evidenciar el modelo de atención más apropiado para potenciar el bienestar durante el embarazo, parto y puerperio, se estableció como objetivo conocer el impacto en los resultados de salud materno-fetales, neonatales, lactancia materna, salud mental perinatal y costes económicos de los cuidados realizados por matronas durante el embarazo, parto y puerperio en comparación con otros modelos de atención.

Metodología

Para el diseño de esta investigación se utilizó el modelo de revisión paraguas. Este tipo de diseño permite comparar dos tipos de intervenciones (modelos de atención a la maternidad) que buscan un mismo desenlace (resultados de salud perinatales).

Se plantea dar respuesta a la siguiente pregunta PICO: ¿Qué impacto tiene el cuidado realizado por matronas durante el embarazo, parto y puerperio en los resultados de salud materno-fetal, neonatal, lactancia materna, salud mental perinatal y el gasto que genera en comparación con otros modelos de atención sanitaria?

Posteriormente, se seleccionaron las bases de datos en las que se llevaría a cabo la búsqueda, siendo estas Cochrane Library, Web of Science (WOS), Scopus y Cuiden, realizando la misma en noviembre de 2023, no se estableció limitación temporal. Se emplearon los tesauros DeCS (descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (para la búsqueda en WOS y Scopus). Las palabras clave utilizadas fueron "matrona/midwife", "continuidad de cuidados/continuity of patient care", "embarazo/pregnancy", "neonato/newborn", "salud mental perinatal/perinatal mental health", "lactancia materna/breastfeeding", "coste de los cuidados/health care costs". De estas palabras clave surgieron ecuaciones de búsqueda empleando los operadores booleanos AND y OR, y el operador de truncamiento (*).

Los artículos incluidos debían ser revisiones o metaanálisis, publicados en inglés o español, sin restricción temporal. Sus resultados tenían que dar respuesta a cómo la continuidad de cuidados realizados por matronas cualificadas impactaba en los resultados de salud en el embarazo, parto, neonato, salud mental materna, lactancia materna y costes en salud, en comparación con otros modelos de atención. Se excluyeron los artículos originales con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta, actas de congresos y capítulos de libro.

La elegibilidad de los estudios se realizó en tres fases. La primera en la que, tras la eliminación de duplicados, se efectuó una lectura de los títulos y resúmenes, seleccionando 25 artículos. En la segunda fase las autoras SG, IB, CH, IA, CM, MB llevaron a cabo una lectura completa de los artículos, empleando la herramienta PRISMA para minimizar el riesgo de sesgo y determinar su idoneidad para el análisis. Por último, se decidió los artículos a incluir en el trabajo en consenso con el autor *senior* del estudio (RC). Fueron un total de $n=19$ artículos los seleccionados para la extracción y análisis de los datos.

Resultados

Se incluyeron inicialmente un total de 468 artículos, de los que 62 cumplieron con los objetivos del estudio. Final-

mente, se seleccionaron 19 artículos que cumplían con los criterios de inclusión.

Características de los estudios incluidos

Los estudios incluidos eran revisiones que recogían un total de $n=228.509$ mujeres embarazadas (y sus respectivos bebés), $n=72.388$ mujeres durante el puerperio (y sus respectivos recién nacidos), además de $n=7.931$ matronas. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de identificación, cribado y selección de estudios.

Resultados maternos y neonatales en el proceso de parto de los cuidados realizados por matronas

Como se observa en la Tabla 1, un total de seis estudios muestran los resultados maternos y neonatales en el proceso de parto⁶⁻¹¹.

Todos ellos informan sobre una reducción significativa de los partos instrumentados y, por ende, un aumento de los partos eutócicos. Dos de ellos también afirman que existe una disminución de la tasa de cesáreas^{7,8}, aunque Waldenström et al.¹⁰ muestran una ausencia de cambio en el número de estas (OR 0,91; IC del 95%: 0,78 a 1,05). Además, respecto a las lesiones del periné en el parto, se puede apreciar cómo se recurre en menor medida al uso de la episiotomía⁸⁻¹⁰.

También existe una reducción de la probabilidad de tener un parto prematuro y una muerte fetal antes o después de las 24 semanas incluida la muerte neonatal (RR promedio 0,84; IC del 95%: 0,71 a 0,99)¹¹. Respecto a los resultados del test de Apgar, Baczek et al.⁷ informan sobre una mejor puntuación ($p<0,05$), no existiendo una diferencia estadística en el ingreso en cuidados intensivos neonatales¹⁰.

Resultados en lactancia materna de los cuidados realizados por matronas

Un total de cinco trabajos se centraron en estudiar la instauración y el mantenimiento de lactancia materna en relación con la atención de las matronas^{6,12-15}. En la Tabla 2, se observa cómo todos ellos encontraron un incremento en la frecuencia de inicio de lactancia materna, así como en el mantenimiento de lactancia materna exclusiva en madres atendidas por matronas^{6,12-15}. Más concretamente, un estudio informó de que el 73% de las mujeres atendidas por matronas en el periodo perinatal inició lactancia materna y el 38% mantenía lactancia materna a los 28 días posparto⁶. El número de clases de educación maternal impartido por matronas aparecía como un factor directamente relacionado con la duración de lactancia materna exclusiva o mixta¹². De manera más concreta, las madres que recibieron clases de educación maternal por matronas tenían una probabilidad mayor de continuar con lactancia materna a los seis meses tras el parto (RR 2,16, IC del 95%: 1,05-4,43)¹⁴.

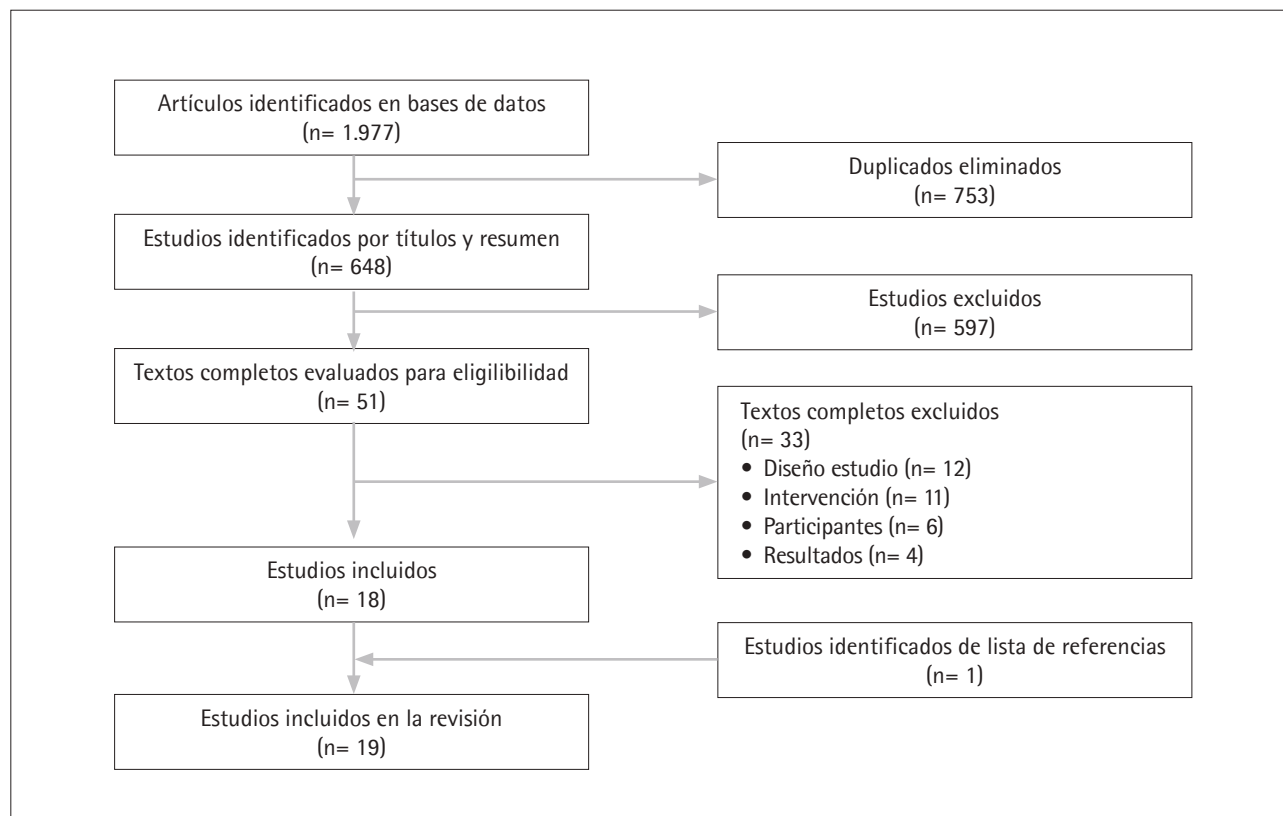


Figura 1. Diagrama de flujo tipo PRISMA para selección de artículos

Tabla 1. Resultados de los cuidados realizados por matronas durante el parto en comparación con otros modelos de atención

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Baczek et al., 2020	1977-2017	Irán	n= 56	Artículos teóricos, ensayos empíricos	No informa	<p>Menor probabilidad: Partos instrumentados (OR 0,4; IC 0,2-0,6) Uso de analgesia epidural (OR 0,3; IC 0,2-0,5) Cesárea (OR 0,5; IC 0,3-0,9)</p> <p>Mayor probabilidad: Parto espontáneo y sin complicaciones (OR 2,6; IC del 95%: 2,0-3,4) Periné integro (OR 1,3; IC 1,1-1,6)</p>
Renfrew et al., 2014	1998-2014	Reino Unido	n= 193	ECA, revisiones sistemáticas	n= 19.317 mujeres embarazadas	<p>Menor probabilidad: Analgesia regional [RR] promedio 0,85, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,78 a 0,92. Parto instrumental (RR promedio 0,90, IC del 95%: 0,83 a 0,97) Parto prematuro en menos de 37 semanas (RR promedio 0,76, IC del 95%: 0,64 a 0,91)</p>

Tabla 1. Resultados de los cuidados realizados por matronas durante el parto en comparación con otros modelos de atención (continuación)

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
						Pérdidas fetales antes y después de las 24 semanas más la muerte neonatal (RR promedio 0,84; IC del 95%: 0,71 a 0,99) Mayor probabilidad: Parto eutócico (RR promedio 1,05; IC del 95%: 1,03 a 1,07; participantes= 16.687; estudios= 12; alta calidad)
Sutcliffe et al., 2012	1998-2008	Reino Unido	n= 3	Revisiones sistemáticas	n= 21.105 embarazadas	Menor probabilidad: Hospitalización prenatal, cociente de riesgos (RR) 0,90, intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,81 a 0,99) Uso epidural (RR 0,81, IC del 95%: 0,73 a 0,91) Episiotomía (RR 0,82, IC del 95%: 0,77 a 0,88) Parto instrumentado (RR 0,86, IC del 95%: 0,78 a 0,96)
Allen et al., 2011	2000-2010	Australia	n= 9	ECA, cohortes, casos y control	n= 3.971 mujeres embarazadas	Disminución de partos instrumentales ($p < 0,05$) Incidencia de bajo peso al nacimiento es menor ($p < 0,05$) No hay diferencias significativas en los ingresos en unidades neonatales y partos prematuros. Tasas de lactancia materna al nacimiento y a los 28 días posparto son mayores ($p = 0,001$)
Johantgen et al., 2010	1990 a 2008	Estados Unidos	n= 21	Cohortes, ECA	No informa	Menor inducción de parto $p < 0,05$ Menor tasa cesárea, parto vaginal instrumentado (fórceps o vacuo), episiotomía $p < 0,05$ Mejor puntuación Apgar $p < 0,05$
Waldenström et al., 2005	1966-1997	Australia	n= 77	ECA	n= 9.148 mujeres embarazadas	Menor probabilidad: Inducción y aceleración del parto (OR 0,76, IC del 95%: 0,66 a 0,86; OR 0,78, IC del 95%: 0,70 a 0,87, respectivamente) Monitorización continua (OR 0,19; IC del 95%: 0,17 a 0,21) Alivio fármacos para el dolor (epidural: OR 0,76, IC del 95%: 0,68 a 0,85; narcóticos: OR 0,69, IC del 95%: 0,63 a 0,77) Episiotomías (OR 0,69; IC del 95%: 0,61 a 0,77)

Tabla 1. Resultados de los cuidados realizados por matronas durante el parto en comparación con otros modelos de atención (continuación)

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
						<p>Mayor probabilidad: Desgarros tipo I-II (OR 1,15; IC del 95%: 1,05 a 1,26) Satisfacción materna mayor durante la atención prenatal ($p < 0,05$), parto y posparto</p> <p>Sin diferencias significativas: Cesáreas (OR 0,91; IC del 95%: 0,78 a 1,05) Puntuación APGAR menor de 7 a los 5 min (OR 1,13; IC del 95%: 0,69 a 1,84) y admisión en unidades de cuidados intensivos (OR 0,86; IC del 95%: 0,71 a 1,04) Periné íntegro (OR 1,11; IC del 95%: 1,00 a 1,24)</p>

Tabla 2. Resultados de los cuidados realizados por matronas en lactancia materna en comparación con otros modelos de atención

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Martínez-Galán 2016	2000-2016	España	n= 40	Revisión sistemática	n= 33.478 mujeres embarazadas	La atención prenatal realizada por la matrona mejora la continuidad de la LM a los 15 días ($p < 0,01$), 3 meses ($p < 0,01$) y 6 meses ($p < 0,05$)
Symon et al., 2016	1989-2013	Reino Unido	n= 17	ECA	n= 9.463 mujeres embarazadas	En todas las etapas, la lactancia materna se asoció significativamente con recibir consejos constantes, ayuda práctica y/o apoyo activo y aliento por parte de las matronas $p < 0,01$
Martínez-Galiano et al., 2014	1980-2013	España	n= 44	Revisiones sistemáticas, ECA	No informado	La educación maternal es un factor determinante para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos meses de vida riesgo relativo [RR] promedio 1,43, intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,07 a 1,92; $Tau^2 = 0,07$, $I^2 = 62\%$.
Pereda et al., 2014	2002-2012	España	n= 15	ECA	n=12.597 mujeres embarazadas	Tasas más altas de lactancia materna a las 6 semanas. (riesgo relativo [RR] 1,73, intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,04-2,90), a los 3 meses (RR 1,92, IC del 95%: 1,07-3,48) y a los 6 meses (RR 2,16, IC del 95%: 1,05-4,43)18.

Tabla 2. Resultados de los cuidados realizados por matronas en lactancia materna en comparación con otros modelos de atención (continuación)

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Allen et al., 2011	2000-2010	Australia	n= 9	ECA, Cohortes y Caso Controles	n= 3.971 mujeres embarazadas	Las tasas de lactancia materna al nacimiento y a los 28 días posparto son mayores (p= 0,001)

Resultados en salud mental perinatal de los cuidados realizados por matronas

Un total de ocho estudios evalúan aspectos relacionados con la salud mental perinatal^{12,15-21} como se observa en la Tabla 3. Estos artículos destacan la relación que tiene la atención continuada de la matrona durante el periodo prenatal en la reducción de la ansiedad y preocupación durante el embarazo (p< 0,001; IC del 95%: -11,25 a -3,45), mejorando la satisfacción con la atención prenatal (IC del 95%: 0,65-1,40; p< 0,001)^{15,16}, además de disminuir el miedo y la percepción de dolor en el parto (p< 0,05)¹². Tres trabajos informaron sobre la relación entre una atención continua y personalizada de las matronas y a un mayor nivel de satisfacción con el parto (p< 0,05)^{12,15,16}. En relación con los problemas de salud mental en el posparto, es relevante cómo la visita domiciliaria realizada por la

matrona en mujeres de riesgo, en comparación con otros profesionales, reduce de forma significativa la percepción de estrés subjetivo (p= 0,048) y el riesgo de depresión posparto con mejores puntuaciones en la escala de Edimburgo (MCS, 3,03 [95% CI 1,53-4,52]; EPDS -1,92 [-2,55 a -1,29]; EPDS 13+ odds ratio 0,57 [0,43-0,76])^{16,18}.

Adicionalmente los estudios informaron sobre la formación de las matronas en temas relacionados con la salud mental perinatal, enfatizando cómo cuando tienen conocimientos, tiempo en consulta y herramientas para realizar el abordaje de estos problemas en el embarazo se mejora la detección y el cribado de los mismos¹⁸ y se reducen de forma significativa la depresión (g: -0,909; IC del 95%: -1,401 a -0,416; p= 0,001) y ansiedad prenatal (g: -0,821; IC del 95%: -1,296 a -0,346; p= 0,001)¹⁸.

Tabla 3. Resultados de los cuidados realizados por matronas en salud mental perinatal en comparación con otros modelos de atención

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Cibralic et al., 2022	Hasta 2021	Australia	n= 8	ECA	n= 3.493 mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> Niveles de ansiedad previos al parto más bajos fueron (p< 0,001; IC del 95%: -11,25 a -3,45) Mayor satisfacción con la experiencia perinatal (IC del 95%: 0,65-1,40; p< 0,001) Mayor satisfacción con la atención clínica prenatal (p< 0,05) A las 6 semanas posparto se redujo el estrés subjetivo (p= 0,048) A los 4 meses posparto la escala de Edimburgo y la percepción de salud mental eran mejores (MCS, 3,03 [95% CI 1,53-4,52]; EPDS -1,92 [-2,55 a -1,29]; EPDS 13+ odds ratio 0,57 [0,43-0,76])

Tabla 3. Resultados de los cuidados realizados por matronas en salud mental perinatal en comparación con otros modelos de atención (*continuación*)

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Han et al., 2020	1960-2019	China	n= 17	ECA, cuasialeatorios, observacionales	n= 6.193 mujeres embarazadas	La psicoterapia apoyada por matronas tuvo un efecto significativo en la reducción de la depresión (g: -0,909; IC del 95%: -1,401 a -0,416; p= 0,001) Y de la ansiedad (g: -0,821; IC del 95%: -1,296 a -0,346; p= 0,001)
Coates et al., 2019	2011-2018	Australia	n= 30	Cualitativos, cuantitativos, métodos mixtos y revisiones sistemáticas	n= 3.003 matronas n= 20.540 mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> Las matronas manifiestan necesidad de conocimientos respecto a la salud mental perinatal La limitación principal para el abordaje de la salud mental perinatal es la fragmentación de la atención de la mujer embarazada (atención por diversos profesionales)
Viveiros et al., 2019	2000-2018	Canadá	n= 26	Cualitativos, cohortes, observacionales	n= 4.928 matronas	<ul style="list-style-type: none"> El 23% de las matronas realizó cribado de problemas de salud mental en los tres trimestres del embarazo El mayor diagnóstico lo realizaron matronas con mayor experiencia clínica (p= 0,02) Matronas con experiencia en salud mental tienen mejor capacidad diagnóstica ($\chi^2= 6,86$; df= 1; p= 0,009) Que la matrona perciba los problemas de salud mental como algo importante se correlaciona con un mayor cribado (B= 0,383; p= 0,005), apoyo a la mujer (B= 0,637; p= <0,000) y colaboración con otros profesionales (B= 0,455; p= 0,002) El 93% de las matronas indicó que deberían de mejorar sus conocimientos para el abordaje de la salud mental perinatal
Macpherson et al., 2016	1970-2014	España	n= 24	Revisión sistemática	n= 2.500 mujeres	Mayor nivel de satisfacción p< 0,05
Symon et al., 2016	1989-2013	Reino Unido	n= 17	ECA	n= 9.463 mujeres embarazadas	Mayor satisfacción en la atención, la duración de las visitas fue perfecta (todo p< 0,05) Satisfacción en el parto significativamente mayor y una actitud más positiva hacia el parto (p< 0,001)

Tabla 3. Resultados de los cuidados realizados por matronas en salud mental perinatal en comparación con otros modelos de atención (continuación)

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Martínez-Galiano et al., 2014	1980-2013	España	n= 44	Revisiones sistemáticas y ensayos clínicos	No informado	Reducción de la ansiedad, miedo y el dolor $p < 0,05$
Shaw et al., 2006	1980-2005	Canadá	n= 22	ECA	n= 12.408 mujeres en posparto	La visita domiciliaria por matronas mostró mejoras significativas en la calidad de vida en el componente de la salud mental escala SF-36 (puntuaciones medias 2,96, IC del 95%: 1,16 a 4,77, $p = 0,002$). Reducción de la depresión posparto con puntuaciones en la escala de Edimburgo ≥ 13 (21,25 vs. 14,39%, 95%, IC -11,99 a -1,71, $p = 0,010$)

Costes económicos de los cuidados realizados por matronas

En la Tabla 4 se recogen los artículos que evaluaron los gastos en relación con la atención realizada por matronas cualificadas^{15,22-24}. Así, uno de los estudios pone de manifiesto que el aumento de la contratación de matronas está directamente relacionado con la reducción de la mortalidad materna²². En este sentido Renfrew et al.¹¹, como se puede apreciar en la Tabla 1, destacan la disminución del parto prematuro (RR promedio 0,76, IC del 95%: 0,64 a 0,91), las pérdidas fetales antes y después de las 24 semanas y la muerte neonatal (RR promedio 0,84; IC del 95%:

0,71 a 0,99) cuando la matrona es la encargada de realizar el seguimiento prenatal.

Respecto al coste económico se observa cómo la atención realizada por matronas tiene un gasto sanitario de aproximadamente 2.579 dólares, frente al coste estimado si esta atención la efectuaran médicos, que sería de 3.483 dólares¹⁵. Si todas las mujeres candidatas (embarazos de bajo riesgo) fuesen atendidas por matronas, se podría ahorrar el sistema anualmente 1,16 millones de libras²³, e incluso si la referente en el cuidado de la mujer gestante de riesgo fuese la matrona, el ahorro se estima en 29 dólares por mujer²⁴.

Tabla 4. Resultados de los cuidados realizados por matronas y los costes económicos que genera en comparación con otros modelos de atención

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Hoope-Bender et al., 2014	2014	España	n= 4	Serie de evidencia (análisis de revisiones sistemáticas, estudios de casos, análisis y modelos de muertes evitadas)	No informado	Un aumento del 10% de matronas supondría una reducción del 27% en la mortalidad materna

Tabla 4. Resultados de los cuidados realizados por matronas y los costes económicos que genera en comparación con otros modelos de atención (continuación)

Primer autor y año	Intervalo de tiempo	País de publicación	Estudios incluidos	Diseño de estudios incluidos	N	Resultados
Symon et al., 2016	1989-2013	Reino Unido	n= 17	ECA	n= 9.463 mujeres embarazadas	El costo de la atención prenatal liderada por matronas fue de 2.579 dólares vs. modelo médico 3.483. El ahorro de costos salariales se estima entre el 28%-68%
Ryan et al., 2013	1989-2013	Reino Unido	n= 4	ECA	n= 7.404 mujeres embarazadas	El ahorro estimado es de 12,38 libras por embarazo. Si se extendiera la atención dirigida por matronas al 50% de las embarazadas candidatas a recibir este tipo de atención daría como resultado el ahorro de 1,16 millones de libras anuales
Donellan-Fernández et al., 2018	1995-2018	Australia	n= 9	Revisiones sistemáticas, Estudios cuasiexperimentales de costes, ECA con evaluación económica	n= 25.759	Ahorro medio por mujer de bajo riesgo: 566 dólares Ahorro medio por mujer de alto riesgo: 29 dólares

Discusión

Los hallazgos encontrados sobre el impacto positivo que producen las matronas en la salud son variados. De este modo, se observa que la atención de las matronas se asoció a un aumento en la tasa de partos eutócicos, disminución de inducciones de parto, reducción en número de cesáreas, del uso de epidural y de las episiotomías, sin afectar a los resultados neonatales ni maternos en el parto. La atención de las matronas favoreció un aumento de la instauración, el mantenimiento y la frecuencia de la lactancia materna. Además, la continuidad de cuidados realizada por matronas se asoció a mejoras en la salud mental perinatal. Todo esto se ha visto reflejado de forma directa con la generación de un menor gasto económico y de recursos en los sistemas sanitarios.

Impacto de los cuidados realizados por matronas en la atención al parto

Los hallazgos resultantes de esta investigación van en consonancia con la bibliografía disponible, ya que se observa cómo la matrona favorece la consecución del parto de for-

ma eutócica y disminuye las intervenciones en el mismo. Por todo ello, tanto la OMS¹, la Confederación Internacional de Matronas (ICM)², la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social²⁵, la Guía NICE²⁶ de cuidados intraparto y otras muchas a lo largo del mundo sostienen la importancia de los conocimientos, los cuidados y la filosofía de actuación de las matronas a nivel mundial.

Entre las indicaciones obstétrico-médicas más frecuentes se encuentran la inducción de parto y la cesárea. En relación con la inducción del parto, los estudios avalan que las matronas promueven su reducción, algo relevante, ya que un reciente macroestudio, con una muestra de más de 200.000 niños y niñas que nacieron mediante un parto eutócico, encontró un riesgo elevado de presentar alteraciones neurológicas a los 12 años en aquellos en los que el parto de su madre fue inducido²⁷. Respecto a la cesárea, hay trabajos que afirman que los modelos liderados por matronas reducen la incidencia de esta cirugía¹², pero este hallazgo debería ser contrastado, puesto que existen otros que afirman que la atención por la matrona no es determinante para la reducción de la tasa de cesáreas¹⁰.

Impacto de los cuidados realizados por matronas en la atención de la lactancia materna

Las mujeres atendidas por matronas presentaban un aumento en la frecuencia de inicio de lactancia materna, además de un mayor tiempo de mantenimiento de lactancia materna exclusiva^{6,12-15}. Estos hallazgos se alinean con las recomendaciones sobre lactancia materna de la OMS y UNICEF^{28,29}.

En los trabajos seleccionados se observa cómo existen factores desfavorecedores de la lactancia materna como el tabaquismo, el parto por cesárea o la incorporación de la madre al trabajo antes de los 6 meses de vida del bebé¹³. Este hallazgo sigue la línea de diferentes trabajos y supone un reto en la labor diaria de la matrona con estas mujeres, que podrían beneficiarse de más investigación al respecto y de políticas públicas encaminadas a proteger la lactancia materna³⁰.

Impacto de los cuidados realizados por matronas en la salud mental perinatal

La atención realizada por matronas durante el parto mejoró notablemente la satisfacción materna con el nacimiento de su bebé y la atención prestada^{9,10,12}. Niveles elevados de satisfacción se relacionan positivamente con un buen uso de los servicios sanitarios, un aumento del bienestar psicológico y una mejor interacción madre-bebé³¹.

Adicionalmente, la atención de la matrona se relacionó con una menor ansiedad, un menor miedo al parto y menores niveles de dolor^{12,16}. Estudios previos han relacionado altos niveles de ansiedad y tocofobia con partos más largos, un mayor uso de analgesia farmacológica y una mayor tasa de distocias de parto y de instrumentación obstétrica³².

También se destaca el papel activo que realiza la matrona en la detección y cribado de los problemas de salud mental perinatal^{20,21}, apoyado por más trabajos^{33,34}.

Impacto de los cuidados realizados por matronas en el gasto sanitario

En este trabajo se ha evidenciado cómo la inversión en matronas es costo-efectiva, generando menos gastos que el modelo médico^{15,23,24} y disminuyendo la morbimortalidad materna y neonatal cuando se produce un aumento en la contratación de matronas²²; en este sentido, un estudio australiano, estima el ahorro en 12 millones de dólares anuales³⁵.

En relación con la lactancia materna, se ha mostrado que la matrona mejora las tasas de inicio y mantenimiento de la misma^{6,12-15}. Esto es un factor clave para mejorar las tasas de lactancia materna en España y poder generar un ahorro de hasta 5,6 millones de euros por cada punto por-

centual que aumente la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses³⁶.

En lo que respecta a la salud mental perinatal, la continuidad de cuidados de la matrona, en el entorno comunitario y en el parto ha mostrado ser un factor protector frente a la ansiedad, depresión posparto y miedo al parto^{12,16-18}. Todo esto podría amortiguar el gasto sanitario estimado que generan los problemas de salud mental perinatal que se sitúa en torno a 6,6 millones de libras anuales, que muestra un trabajo realizado en Inglaterra³³.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio ha sido el sesgo lingüístico, ya que únicamente se han incluido trabajos en inglés y español. Sesgo de bases de datos, por la restricción de las que se incluyeron, siendo estas Cochrane Library, Web of Science (WOS), Scopus y Cuiden.

Como principal fortaleza se destaca la ausencia de restricción temporal en la búsqueda bibliográfica, que ha permitido poder aunar todas las revisiones publicadas hasta la fecha sobre la temática tratada.

Conclusiones

Para concluir se destaca que el modelo de cuidados liderado por matronas en la atención al parto mejora la tasa de partos eutócicos, reduciendo intervenciones en el proceso como la episiotomía, la estimulación/inducción de parto, el uso de epidural y los partos instrumentados, sin que los resultados materno-neonatales se vean afectados.

Además, la atención continuada de la matrona durante el embarazo, parto y puerperio mejora los resultados respecto a la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida, y que la mujer acuda a la preparación al parto es un determinante de mantenimiento de la lactancia materna exclusiva o mixta.

Respecto a la salud mental perinatal se evidencia como el modelo de atención personalizado y continuado por matronas mejora la satisfacción de la mujer con su proceso de parto, además de contribuir a una reducción del miedo y dolor en el parto. Durante el embarazo y posparto se observa cómo la atención por una matrona amortigua la incidencia de problemas de ansiedad y depresión, siendo clave en el diagnóstico precoz de los problemas de salud mental perinatal.

En cuanto a los costes de este modelo de atención liderado por matronas, ha demostrado tener una alta eficiencia, consiguiendo resultados en salud que reducen costes al sistema sanitario.

Son necesarias más investigaciones sobre la aportación de la matrona a los resultados maternos, fetales y neonatales en los embarazos, partos y pospartos de medio y alto riesgo.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de integrar de forma más efectiva, en el sistema sanitario, el modelo de atención liderado por matronas.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- World Health Organization (WHO). Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience: Transforming care of women and babies for improved health and well-being [internet]. Geneva: OMS; 2018. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>
- International Confederation of Midwives (ICM). Marco Profesional de la Partería de la ICM [internet]. ICM 2024 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2022/05/es_professional-framework-2021_v1.0_16.6.21-2.pdf
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Midwives are key to local and global maternal & newborn health. FIGO Statement [internet]. 2019 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-04/Midwives%202014.pdf>
- Paz-Pascual C, Gutiérrez de Terán-Moreno G. Becoming a midwife in Spain. Part I. Educación Médica [internet] 2022 [citado 8 dic 2024]; 23(5):1575-813. Disponible en: https://static.elsevier.es/multimedia/15751813/0000002300000005/v1_202212090752/S1575181322000602/v1_202212090752/es/main.pdf?idApp=UINPBA00004N&text.app=https
- Martin-Arribas A, Escuriet R, Borràs-Santos A, Vila-Candel R, González-Blázquez C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: across-sectional study of perinatal outcomes. Int. J. Nurs. Stud. [internet] 2022 [citado 8 dic 2024]; 126:104129. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921002741>
- Allen J, Gamble J, Stapleton H, Kildea S. Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. 2012. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109095/>
- Baczek G, Tataj-Puzyna U, Sys D, Baranowska B. Freestanding midwife-led units: A narrative review. Iran J Nurs Midwifery Res. [internet] 2020 [citado 8 dic 2024]; 25(3):181-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7299417/>
- Johantgen M, Fountain L, Zangaro G, Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K. Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians: A Systematic Review, 1990 to 2008. Women Health Issues. [internet] 2012 [citado 8 dic 2024]; 22(1):e73-e81. Disponible en: <https://birthguidechicago.com/wp-content/uploads/2018/07/johantgen.pdf>
- Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. JAN. [internet] 2012 [citado 8 dic 2024]; 68(11):2376-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22489571/>
- Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. BJOG. [internet] 1998 [citado 8 dic 2024]; 105(11):1160-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67474/>
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 384(9948):1129-45. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313431305_Midwifery_and_quality_care_findings_from_a_new_evidence-informed_framework_for_maternal_and_newborn_care
- Martínez-Galiano JM, Rodríguez MD. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2014; 15(4):137-41.
- Martínez-Galan P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martin E, Manrique-Tejedor J. Prenatal education and the commencement of breastfeeding: a literature review. Enferm Univ. [internet] 2017 [citado 8 dic 2024]; 14(1). Disponible en: <https://s3-eu-south-2.amazonaws.com/assetsed-mayo/articles/5071HqL7C9vr3UWxOER8cTMcnz7BJgAQkC-F7xNmE.pdf>
- Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elosegui I, Aramburo Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturriz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión Bibliográfica. Matronas Prof. [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 15(2):e1-e8. Disponible en: <https://www.studocu.com/ca-es/document/universitat-de-barcelona/projecte-final-tfg/exemple-revisio-bibliografica-lactancia-materna/109046271>

15. Symon A, Pringle J, Cheyne H, Downe S, Hundley V, Lee E, et al. Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy Childbirth*. [internet] 2016 [citado 8 dic 2024]; 16:168. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0944-6>
16. Cibralic S, Pickup W, Mendoza-Diaz A, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A, et al. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: a narrative systematic review. *Sciencedirect* [internet] 2023 [citado 8 dic 2024]; 116:103546. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613822002947?via%3Dihub>
17. Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health Soc Care Community*. [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 27(4):e389-e405. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12740>
18. Han Q, Guo M, Ren F, Duan D, Xu X. Role of midwife-supported psychotherapy on antenatal depression, anxiety and maternal health: a meta-analysis and literatura review. *Exp Ther Med*. [internet] 2020 [citado 8 dic 2024]; 20(3):2599-610. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7401497/>
19. Macpherson I, Roque-Sanchez MV, Legget FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*. [internet] 2016 [citado 8 dic 2024]; 41:68-78. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613816301371?via%3Dihub>
20. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, The McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life and physical health. *Birth*. [internet] 2006 [citado 8 dic 2024]; 33(3):210-20. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x>
21. Viveiros CJ, Darling EK. Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery*. [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 70:106-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30611114/>
22. Hooper-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 384(9948):1226-35. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60930-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60930-2/abstract)
23. Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*. [internet] 2013 [citado 8 dic 2024]; 29(4):368-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026661381200037X?via%3Dihub>
24. Donnellan-Fernandez RE, Creedy DK, Callander EJ. Cost-effectiveness of continuity of midwifery care for women with complex pregnancy: a structured review of the literature. *Health economics review*. [internet] 2018 [citado 8 dic 2024]; (8):1-16. Disponible en: <https://healtheconomicsreview.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13561-018-0217-3>
25. 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. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01; 2014. [internet] [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care [internet]. 2023. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
27. Burger RJ, Mol BW, Ganzevoort W, Gordijn SJ, Pajkrt E, Van Der Post JAM, et al. Offspring school performance at age 12 after induction of labor vs non-intervention at term: linked cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [internet] 2023 [citado 8 dic 2024]; 102(4):486-95. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10008265/>
28. United Nations Children's Fund (UNICEF). Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child [internet]. New York: UNICEF; 2018 [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/>
29. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). Planning guide for national implementation of Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [internet]. Geneva: WHO, New York: UNICEF; 2007. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43619/9789241595193_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng BS, Lin SJ, et al. Maternal return to work and breastfeeding: A population-based cohort study. *Int J Nurs Stud*. [internet] 2010 [citado 8 dic 2024]; 47(4):461-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748909003101?via%3Dihub>
31. Romero-González B, Peralta-Ramírez MI, Caparros-González RA, Cambil-Ledesma A, Hollins Martin CJ, Martin CR. Spa-

- nish validation and factor structure of Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*. [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 70:31-37. Disponible en: <https://napier-repository.worktribe.com/preview/1818159/Spanish%20validation%20and%20factor%20structure%20of%20the%20Birth%20Satisfaction%20Scale-Revised%20%28BSS-R%29%20.pdf>
32. Romero-González B, Caparros-González RA, González-Pérez R, Coca-Arco S, Peralta-Ramírez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms prior to instrumental deliveries. *Midwifery*. [internet] 2019 [citado 8 dic 2024]; 77:45-52. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182817>
33. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. [internet] 2020 [citado 8 dic 2024]; 19(3):313-27. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7491613/>
34. Caparros-González RA, Romero-González B, Puertas-González JA, Quirós-Fernández S, Coca-Guzmán B, et al. Matronas y profesionales de Psicología ante el screening y prevención de estrés específico del embarazo. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2021 [citado 8 dic 2024]; 95:(26)e1-12. Disponible en: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/68896/RS95C_202104060.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Callander E, Bull C, Forster D. Using epidemiological and health economic measures to inform maternity staffing decisions: A guide. *Women and Birth*. [internet] 2022 [citado 8 dic 2024]; 35(5):e471-e476. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34953751/>
36. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed*. [internet] 2020 [citado 8 dic 2024]; 15(34):1-7. Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-020-00277-w>

¹ Isabel Méndez-Haxlsabeau
² Carolina Pérez-Pérez
³ Franz Villarroel-Espindola

Microbiota vaginal, reflejo de la salud del tracto reproductor femenino: un nuevo elemento a considerar en la atención prestada por matronas

¹ Licenciada en Obstetricia (Matrona). Magíster en Docencia en Educación Superior. Académica Instructora 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 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).

³ Licenciado en Bioquímica. Doctorado en Ciencias mención Biología Celular y Molecular. Posdoctorado en Inmunología Traslacional en Universidad de Yale, New Haven, EE.UU. Posdoctorado en Metabolismo Celular en Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Investigador principal y jefe de la Unidad de Medicina Traslacional de Fundación Arturo López Pérez (FALP). Providencia, Santiago-RM (Chile).

E-mail: isabeau.mendez@uss.cl

Fecha de recepción: 8 de octubre de 2024.

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2024.

Cómo citar este artículo:

Méndez-Haxlsabeau I, Pérez-Pérez C, Villarroel-Espindola F. Microbiota vaginal, reflejo de la salud del tracto reproductor femenino: un nuevo elemento a considerar en la atención prestada por matronas. *Matronas Hoy* 2024; 12(3):39-45.

Resumen

Introducción: la microbiota vaginal (MV) es un componente esencial en la salud reproductiva de las mujeres, actuando como un mecanismo de defensa contra infecciones y enfermedades, incluido el cáncer. Los lactobacilos son los microorganismos más prevalentes y dominantes en esta microbiota, y su presencia se ha asociado con un ambiente vaginal saludable. Sin embargo, la disbiosis, caracterizada por una disminución de lactobacilos y un aumento de otros microorganismos, puede predisponer a las mujeres a infecciones, como la infección por el virus del papiloma humano (VPH), que es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de cáncer cervical.

Objetivo: reforzar la importancia de la microbiota vaginal y su composición como determinante del estado de salud del tracto femenino y sus posibles implicaciones en la salud reproductiva de la mujer, y como elemento vital que tienen que tener muy presente las matronas en su actividad asistencial obstétrica-ginecológica.

Metodología: revisión bibliográfica cualitativa sobre trabajos publicados relacionados con conexión entre el microbioma intestinal y el aparato reproductivo entre los años 2010-2024.

Discusión y conclusiones: la microbiota vaginal es un componente esencial de la salud reproductiva de las mujeres; las matronas, conocedoras de ello, pueden ayudarlas a mantener un ambiente vaginal saludable previniendo infecciones y evitar la disbiosis en el embarazo y parto.

Palabras clave: microbiota vaginal; lactobacillus; VPH; patología vaginal; cáncer; infecciones vaginales; disbiosis; matronas.

Abstract

The vaginal microbiota as a reflection of female reproductive tract health: a new element to be considered within care provided by midwives.

Introduction: vaginal microbiota (VM) is an essential component in female reproductive health, acting as a mechanism of defence against infections and diseases, including cancer. Lactobacilli are the most prevalent and prevailing microorganisms in this microbiota, and their presence has been associated with a healthy vaginal environment. However, the dysbiosis characterized by a reduction in lactobacilli and an increase in other microorganisms can predispose women to infections, such as the infection by the human papilloma virus (HPV), which is a known factor of risk for development of cervical cancer.

Objective: to reinforce the importance of vaginal microbiota and its composition as a factor determining the health status of the female tract and its potential consequences in female reproductive health, and as an essential element that midwives must pay special attention to in their obstetric-gynaecological activity of care.

Methodology: a qualitative bibliographic review on articles published about the connection between intestinal microbiome and the reproductive tract between 2010 and 2024.

Discussion and Conclusions: vaginal microbiota is an essential component of female reproductive health; midwives are aware of this and can help women to maintain a healthy vaginal environment, preventing infections, and to avoid dysbiosis during pregnancy and childbirth.

Key words: vaginal microbiota; lactobacilli; HPV; vaginal conditions; cancer; vaginal infections; dysbiosis; midwives.

Introducción

La salud vaginal es un aspecto crítico de la salud reproductiva de las mujeres, y la microbiota vaginal juega un papel fundamental en el mantenimiento de un entorno saludable. La microbiota vaginal está compuesta por una diversidad de especies bacterianas, siendo los lactobacilos los más predominantes. Estos microorganismos no solo ayudan a mantener un pH ácido en la vagina, lo que limita la proliferación de patógenos, sino que también contribuyen a la producción de sustancias antimicrobianas que protegen contra infecciones.

El ciclo menstrual, que implica fluctuaciones hormonales significativas, influye en la composición de la microbiota vaginal. Los estrógenos, en particular, tienen un efecto modulador sobre la flora vaginal, promoviendo la proliferación de lactobacilos y contribuyendo a un ambiente vaginal saludable. Sin embargo, la disbiosis, caracterizada por una reducción de lactobacilos y un aumento de microorganismos potencialmente patógenos, puede aumentar la susceptibilidad a infecciones, incluyendo la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

Objetivo

Proporcionar una visión actualizada y relevante sobre las características de composición de la microbiota vaginal y su relación con la salud reproductiva femenina, enfatizando la importancia de la matronería en la educación y el cuidado de las mujeres en este contexto.

Metodología

Revisión bibliográfica cualitativa sobre trabajos publicados entre los años 2010 y 2024, para presentar la evidencia en forma descriptiva de los hallazgos relacionados con la conexión entre el microbioma intestinal y el aparato reproductivo para informar del estado de la cuestión.

Visión general de la microbiota vaginal

El cuerpo humano es un holobionte (planta o animal con todos sus microorganismos asociados -microbioma), siendo el huésped de múltiples especies; esta interacción permite que exista una simbiosis que beneficia tanto al huésped como a estos microorganismos localizados en distintas partes, y de esta simbiosis se ayudan y benefician. La cavidad oral y el tracto intestinal han sido el foco a largo plazo de un gran número de investigaciones sobre las comunidades microbianas del cuerpo humano, y aunque la salud vaginal es influyentemente significativa para la reproducción humana y la salud pública, ha atraído menos atención como foco de estudio. Es necesario tener presen-

te la importancia que tiene en estas interacciones entre humano huésped y estas especies microbianas, el equilibrio o desbalance de las mismas, y cómo pueden impactar con enfermedades humanas, como neoplasias, respuestas autoinmunes o condiciones cardiovasculares.

La vagina¹ es una estructura fibromuscular que comunica a los órganos sexuales internos con los genitales externos, extendiéndose desde el cuello del útero y/o cérvix hasta el vestíbulo vaginal². La mucosa de la vagina actúa entonces como barrera inmunológica, siendo una interfase crítica entre el huésped y el medio ambiente³. Tanto la flora comensal como el sistema inmune local permiten brindar al órgano un entorno saludable para satisfacer las necesidades reproductivas, pero además limitar la colonización de patógenos que podrían significar una alteración de la salud del organismo completo.

La microbiota vaginal constituye cerca del 9% de toda la microbiota que existe en el ser humano⁴, y se ha considerado durante mucho tiempo un importante mecanismo de defensa contra las infecciones. Esta flora vaginal presenta uno de los mecanismos de defensa más importantes para la función reproductiva y el mantenimiento de un ambiente saludable, por consiguiente, la estabilidad de esta flora evita la proliferación de microorganismos comensales y la colonización por patógenos, previniendo así la aparición de infecciones⁵.

Esta microbiota vaginal comprende una gran variedad de especies de bacterias, generalmente entre 20 y 140 especies dentro de un mismo individuo en particular⁶. Los lactobacilos (*Lactobacillus*, *L*) son los microorganismos más prevalentes y dominantes, donde los más frecuentemente encontrados en mujeres sanas son *L. iners*, *L. crispatus*, *L. gasseri*, *L. jensenii*, seguido en menor proporciones por *L. acidophilus*, *L. fermentum*, *L. plantarum*, *L. brevis*, *L. casei*, *L. vaginalis*, *L. delbrueckii*, *L. salivarius*, *L. reuteri* y *L. rhamnosus*^{7,8}.

A pesar de la alta diversidad esperada, estudios que han comparado muestras de mujeres de diferentes etnias, incluidas mujeres caucásicas, afroamericanas, hispanas y asiáticas, han encontrado que la mayoría de las comunidades microbianas vaginales se caracterizan por la presencia de una especie dominante, ocupada por *L. iners*, *L. crispatus*, *L. gasseri* o bien *L. jensenii*⁹.

Por otro lado, esta microbiota continúa evolucionando con su huésped a lo largo de su crecimiento, y responde a múltiples factores biológicos, incluidos los físicos y ambientales, tales como el embarazo, el uso de anticonceptivos, el ciclo menstrual y la actividad sexual^{10,11}, además de los cambios hormonales, el uso incontrolado de antibióticos, la menstruación y las duchas vaginales¹². De este modo, estos factores biológicos y conductuales podrían influir en el desarrollo de patologías del tracto vaginal y/o del aparato reproductor femenino en general.

Se ha reportado que factores conductuales directos, por ejemplo, mala higiene o relaciones sexuales de riesgo, pueden provocar trastornos como la vaginosis bacteriana (VB), la cual se caracteriza por una disminución drástica de los lactobacilos presentes en la microbiota vaginal, a causa de un crecimiento significativo de anaerobios obligados o facultativos, tales como *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Prevotella*, *Peptoniphilus*, *Megasphaera* y *Mobiluncus*, entre otras⁵; rompiéndose el equilibrio entre una microbiota protectora y dejando paso a un ecosistema microbiano patológico.

Ciertos determinantes sociales, como los bajos ingresos de una persona, han sido reportados como un factor de riesgo de VB, incluyendo una vivienda deficiente y condiciones peligrosas del vecindario, así como mala nutrición y conflictos interpersonales; ejerciendo un rol significativo en la modulación de la respuesta inmune y el balance microbiológico de la vagina a través de los niveles de cortisol sérico¹³ (Figura 1).

Impacto de las hormonas sexuales sobre la microbiota vaginal

El efecto de las hormonas sexuales sobre la flora vaginal es incierto. Las fluctuaciones de estrógeno en sangre durante el ciclo menstrual van desde mediciones menores a 50 pg/ml

en la fase descamativa, un máximo durante la ovulación de 200–250 pg/ml y declinando aproximadamente a 150 pg/ml alrededor del día 21. Bioquímicamente, se ha reportado que altos niveles de estrógeno promueven la acumulación de glicógeno en la mucosa vaginal, lo que favorece el desarrollo de lactobacilos¹⁴.

Además, mayores niveles de circulantes de estrógenos se han relacionado con un pH ácido, mientras que sus niveles bajos favorecen un ambiente alcalino¹⁵, repercutiendo en la variedad de las especies de la microbiota¹⁶. Aportando con ello, en ambos casos, un mayor dinamismo de la composición microbiana, y en ciertas etapas de la vida a la estabilidad de una microbiota saludable y mayor protección del tracto vaginal.

Lo anterior permite sugerir que el alza de las hormonas sexuales, en específico, los estrógenos, posterior a la menarquia y durante la edad reproductiva de la mujer, podrían ser responsables de modulaciones cíclicas en la composición de la microbiota vaginal, contribuyendo tanto en la mantención de un ambiente vaginal sano, como eventualmente promover un microambiente susceptible de infecciones oportunistas, e incluso el cáncer.

La evidencia reciente ha sugerido que el microambiente vaginal también participa en la carcinogénesis del tejido cervicouterino, existiendo estudios que reportan asociaciones

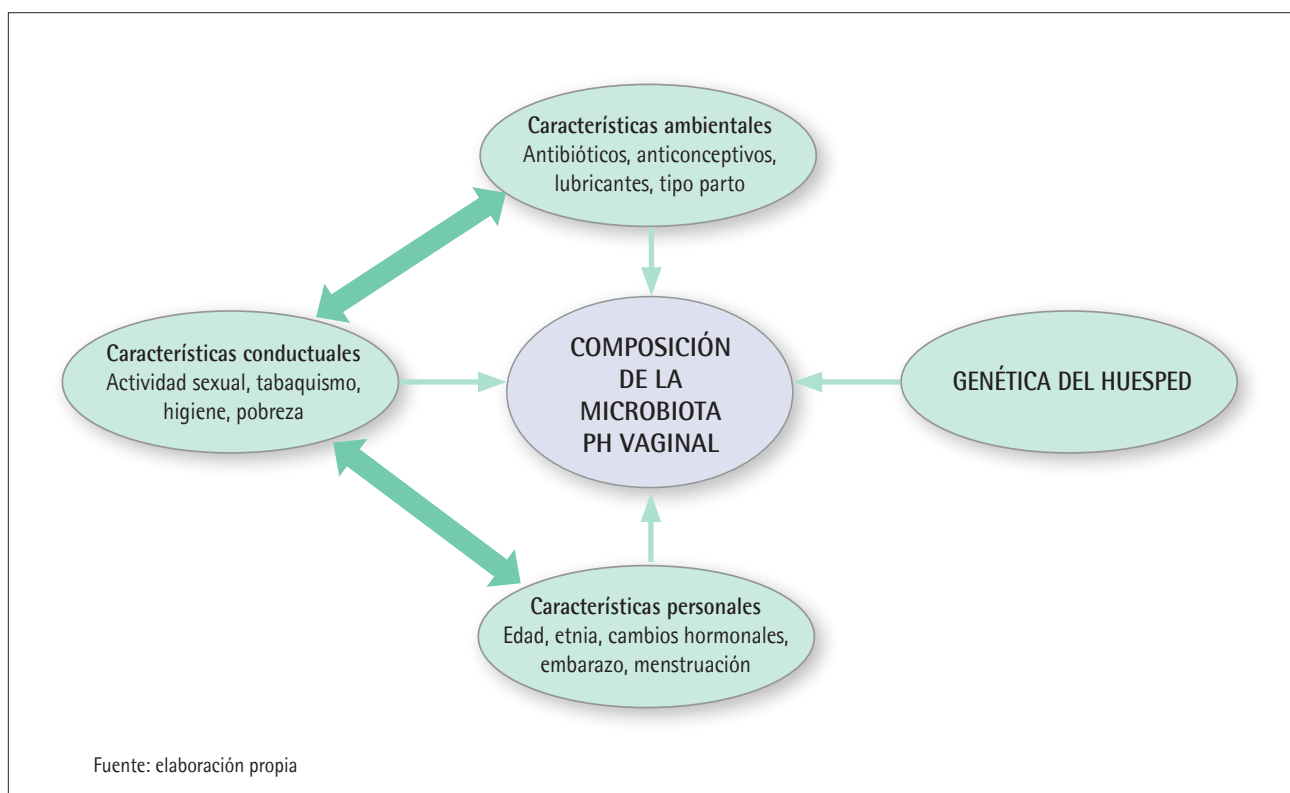


Figura 1. Sinopsis gráfica de los factores asociados con la disbiosis vaginal

entre microbiota vaginal no dominada por *Lactobacillus* y la infección por virus papiloma humano (VPH) y su persistencia. Por otra parte, la vaginosis bacteriana (VB) también ha sido asociada con la adquisición y no eliminación del VPH en la mujer¹⁷, pudiendo contribuir al riesgo de desarrollar un cáncer ginecológico¹⁸.

Al caracterizar la asociación entre la infección por VPH y la microbiota vaginal, a partir de nueve pares de gemelos MZ discordantes con infección por VPH sin neoplasia intra-epitelial (NIE) se reportó claras diferencias en la microbiota vaginal entre sujetos VPH positivos y negativos¹⁹. A pesar del pequeño tamaño de la muestra, los autores demostraron que la aparición de la infección por VPH correlacionó fuertemente con una disminución de *Lactobacillus spp.*, con una abundancia relativa significativamente menor en el grupo infectado por VPH (media 47%) que en el grupo no infectado (media 77%)¹⁹.

Más recientemente, se ha reportado a partir de muestras de tejido cervical diagnosticados con diferentes grados de NIE que la severidad de la enfermedad correlaciona con un aumento en la biodiversidad de los microbios locales, a expensas de la reducción de los lactobacilos. Además, los autores concluyen que la persistencia de la infección por VPH y la progresión de la lesión preneoplásica contribuyen a la pérdida del equilibrio de la flora vaginal y una disbiosis permanente, en particular en casos asociados a VPH de alto riesgo²⁰. Datos similares fueron publicados en la investigación realizada por Santella et al.²¹ (2022), quienes concluyeron que la infección por VPH aumenta la diversidad bacteriana vaginal, conducente a una microbiota vaginal diferencialmente alterada en mujeres con infección por VPH comparado con mujeres sanas.

Por otra parte, a partir de 135 mujeres chinas se estableció que en mujeres con diagnóstico de infección con VPH existe un aumento significativo de *Gardnerella*, bacteria que ha sido asociada a mayor susceptibilidad del epitelio cervical a la infección por VPH²². Por otra parte, el predominio de *Lactobacillus iners* y la presencia de *Shuttleworthia spp.* sería una señal de NIE de bajo grado en mujeres infectadas por VPH, y que la microbiota vaginal de mujeres asintomáticas estaría enriquecida por *Lactobacillus crispatus*²².

Es importante recalcar el rol de los microorganismos en ciertas mucosas susceptibles de lesiones neoplásicas, y cómo la *disbiosis* tendría un papel como un factor promotor de cáncer. Se entiende por disbiosis como un desequilibrio de la microbiota vaginal, con una reducción de lactobacilos y una gran abundancia de estreptococos, estafilococos y/o enterobacterias²³. Lo cual ha sido asociado con inflamación local, caracterizada por un aumento de citocinas proinflamatorias y la presencia de células activadas, que a su vez aumentan la susceptibilidad a infecciones de transmisión sexual (ITS) y malos eventos obstétricos²⁴.

En resumen, la literatura existente ha establecido vínculos entre la microbiota vaginal, la persistencia de la infección por VPH y la enfermedad cervical, sugiriendo que los cambios en la composición de la microbiota vaginal, con reducción de la producción de moco y consecuente reducción de la captura viral, podrían estar asociados con la adquisición, reactivación o aclaramiento tardío de la infección cervical por VPH y progresión de las NIE.

Microbiota materna y salud neonatal

La microbiota vaginal, como se ha relatado, es de suma importancia para la salud de la mujer a lo largo de toda la vida, pero es además especialmente crítica durante el embarazo y el parto porque los microbios maternos colonizan al neonato durante el proceso de nacimiento. La disbiosis vaginal, o alteraciones en la composición microbiana vaginal, que ocurre durante el parto puede conducir a una colonización neonatal subóptima y puede estar relacionada con resultados adversos para la salud de los bebés y los niños, incluido el asma y la obesidad²⁵.

Parece que existe consenso en que el microbioma bacteriano intestinal en las primeras etapas de la vida es un determinante vital del desarrollo inmunológico y el crecimiento del recién nacido, y las investigaciones emergentes sugieren que esto también puede ser cierto también para el desarrollo neurológico.

Los principales determinantes no antibióticos en las primeras etapas de la vida de la microbiota intestinal del bebé son el modo de parto y el tipo de alimentación. Los recién nacidos por vía vaginal tienen más bacteriodes en su microbiota intestinal, mientras que la microbiota intestinal de los recién nacidos por cesárea tiene una mayor abundancia relativa de *Streptococcus* y *Clostridia*, al menos en los primeros meses de vida, por ello se ha propuesto la aplicación tópica de fluido vaginal materno (también denominada *transferencia de microbiota vaginal* [VMT]) a bebés nacidos por cesárea como una posible estrategia para prevenir las diferencias asociadas con el modo de parto en el microbioma intestinal del recién nacido, basándose en la presunción de que la exposición al fluido vaginal materno durante el parto determina los patrones de colonización intestinal del recién nacido²⁶.

Se está investigando, a pesar de la dificultad que ello entraña porque se necesitaría un muestreo invasivo, cómo varían las comunidades microbianas en la mujer durante la gestación para identificar a las que tienen riesgo de parto pretérmino y desarrollar estrategias para la prevención. De hecho, Aagaard et al.²⁷ descubrieron la existencia de una variación apreciable en el microbioma placentario entre todas las mujeres que tuvieron un parto prematuro espontáneo a < 37 semanas.

Microbiota paterna y salud neonatal

Recientemente se han publicado dos trabajos experimentales con ratones que han establecido un vínculo directo entre la disbiosis inducida por el microbioma intestinal paterno y los rasgos heredados por la descendencia. En este estudio afirman los investigadores que la microbiota intestinal actúa como una interfaz clave entre el entorno preconcepcional paterno y la salud intergeneracional en ratones. Las perturbaciones de la microbiota intestinal de los futuros padres aumentaron la probabilidad de que su descendencia presentara bajo peso al nacer, restricción grave del crecimiento y mortalidad prematura. Los padres disbióticos desencadenaron un riesgo elevado de insuficiencia placentaria en el útero, lo que revela un origen placentario de los efectos intergeneracionales en los mamíferos. El estudio define un "eje intestino-línea germinal" regulador en los machos, que es sensible a las exposiciones ambientales y programa la aptitud de la descendencia al afectar la función placentaria. Los hallazgos de este estudio, de validarse en humanos, podrían indicar una contribución preconcepcional potencialmente modificable del microbioma del padre a la salud del embarazo, lo que sería un concepto pionero en la biología del embarazo humano^{28,29}.

Discusión

Es de suma importancia que las matronas que desempeñan un papel crucial en la atención y educación de las mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva tengan amplios conocimientos sobre la materia. Es fundamental que estos profesionales sanitarios especializados en la atención sexual y reproductiva de la mujer comprendan la importancia de la microbiota vaginal y su relación con la salud general de las mujeres.

Educación y prevención

La educación sobre la microbiota vaginal y su papel en la salud reproductiva debe ser una parte integral de la formación de las matronas. La promoción y educación en prácticas de higiene adecuadas y la prevención de infecciones de transmisión sexual son aspectos que deben ser abordados en la atención prenatal y ginecológica. La educación sobre la microbiota vaginal puede empoderar a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Atención integral

Las matronas deben estar capacitadas para identificar signos de disbiosis y otras condiciones relacionadas con la salud vaginal. Esto incluye la capacidad de realizar evalua-

ciones de salud vaginal y proporcionar orientación sobre el manejo de condiciones como la vaginosis bacteriana y la infección por VPH.

Promoción de la salud

La promoción de un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular y la reducción del estrés, puede contribuir a mantener una microbiota vaginal saludable. Las matronas pueden desempeñar un papel importante en la promoción de estos hábitos entre sus pacientes/usuarios.

Conclusiones

- La microbiota vaginal es un componente esencial de la salud reproductiva de las mujeres, y su composición puede verse afectada por factores hormonales y ambientales.
- La comprensión del microbiota vaginal y su relación con la salud reproductiva es esencial para el desarrollo de intervenciones efectivas en salud pública.
- Las matronas tienen un papel crucial en la educación y atención de las mujeres en relación con su salud vaginal. Al proporcionar información sobre la microbiota vaginal, las matronas y matrones pueden ayudar a las mujeres a mantener un ambiente vaginal saludable y prevenir infecciones.
- Así mismo, las matronas deben conocer qué prácticas intraparto rutinarias pueden modificar negativamente la composición y la función del entorno microbiano vaginal y esforzarse por prevenir la disbiosis durante el embarazo y el parto.
- La investigación futura debe centrarse en la identificación de biomarcadores microbianos que puedan predecir la susceptibilidad a infecciones y contribuir a mejorar la salud reproductiva en mujeres jóvenes.

Aspectos ético legales

Los autores declaran haber respetado las normas éticas salvaguardando lo establecido en el ejercicio profesional.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- Clarke BL, Khosla S. Female reproductive system and bone. *Arch Biochem Biophys* [internet]. 2010 [citado 8 dic 2024]; 503(1):118-28. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2942975/>
- Morton DA, Foreman KB, Albertine KH. Anatomía macroscópica. Un panorama general 2ª ed. [internet]. Madrid: McGraw Hill Education Inc.; 2022. [citado 8 dic 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3211§ionid=268975917>
- Monin L, Whettlock EM, Male V. Immune responses in the human female reproductive tract. *Immunology* [internet]. 2020 [citado 8 dic 2024]; 160(2):106-15. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imm.13136>
- Sirota I, Zarek SM, Segars JH. Potential influence of the microbiome on infertility and assisted reproductive technology. *Semin Reprod Med* [internet]. 2014 [citado 8 dic 2024]; 32(1):35-42. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1361821>
- Abou Chacra L, Fenollar F, Diop K. Bacterial vaginosis: What do we currently know? *Front Cell Infect Microbiol* [internet]. 2022 [citado 8 dic 2024]; 11:672429. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2021.672429/full>
- Champer M, Wong AM, Champer J, Brito IL, Messer PW, Hou JY, et al. The role of the vaginal microbiome in gynaecological cancer. *BJOG* [internet]. 2018 [citado 8 dic 2024]; 125(3):309-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28278350/>
- Kalia N, Singh J, Kaur M. Microbiota in vaginal health and pathogenesis of recurrent vulvovaginal infections: a critical review. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* [internet]. 2020 [citado 8 dic 2024]; 19(1):5. Disponible en: <https://ann-clinmicrob.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12941-020-0347-4>
- Borges S, Silva J, Teixeira P. The role of lactobacilli and probiotics in maintaining vaginal health. *Arch Gynecol Obstet* [internet]. 2014 [citado 8 dic 2024]; 289(3):479-89. Disponible en: <https://medipharvision.cz/media/studie/Gynekologick%C3%A9%20poti%C5%BEE/The%20role%20of%20lactobacilli%20and%20probiotics%20in%20maintaining%20vaginal%20health.pdf>
- Ursell LK, Clemente JC, Rideout JR, Gevers D, Caporaso JG, Knight R. The interpersonal and intrapersonal diversity of human-associated microbiota in key body sites. *J Allergy Clin Immunol* [internet]. 2012 [citado 8 dic 2024]; 129(5):1204-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3342686/>
- Braundmeier AG, Lenz KM, Inman KS, Chia N, Jeraldo P, Walther-António MRS, et al. Individualized medicine and the microbiome in reproductive tract. *Front Physiol* [internet]. 2015 [citado 8 dic 2024]; 6:97. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/physiology/articles/10.3389/fphys.2015.00097/full>
- Saraf VS, Sheikh SA, Ahmad A, Gillevet PM, Bokhari H, Javed S. Vaginal microbiome: normalcy vs dysbiosis. *Arch Microbiol* [internet]. 2021 [citado 8 dic 2024]; 203(7):3793-802. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352379607_Vaginal_microbiome_normalcy_vs_dysbiosis
- Chee WJY, Chew SY, Than LTL. Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. *Microb Cell Fact* [internet]. 2020 [citado 8 dic 2024]; 19(1):203. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7648308/>
- Amabebe E, Anumba DOC. Psychosocial stress, cortisol levels, and maintenance of vaginal health. *Front Endocrinol (Lausanne)* [internet]. 2018 [citado 8 dic 2024]; 9:568. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2018.00568/full>
- Lewis FMT, Bernstein KT, Aral SO. Vaginal microbiome and its relationship to behavior, sexual health, and sexually transmitted diseases. *Obstet Gynecol* [internet]. 2017 [citado 8 dic 2024]; 129(4):643-54. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6743080/>
- Deka N, Hassan S, Seghal Kiran G, Selvin J. Insights into the role of vaginal microbiome in women's health. *J Basic Microbiol* [internet]. 2021 [citado 8 dic 2024]; 61(12):1071-84. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356167284_Insights_into_the_role_of_vaginal_microbiome_in_women's_health
- Auriemma RS, Sciarati R, Del Vecchio G, Liccardi A, Verde N, Pirchio R, et al. The vaginal microbiome: A long urogenital colonization throughout woman life. *Front Cell Infect Microbiol* [internet]. 2021 [citado 8 dic 2024]; 11:686167. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2021.686167/full>
- Ventolini G, Vieira-Baptista P, De Seta F, Verstraelen H, Lonnee-Hoffmann R, Lev-Sagie A. The Vaginal Microbiome: IV. The role of vaginal microbiome in reproduction and in gynecologic cancers. *J Low Genit Tract Dis* [internet]. 2022 [citado 8 dic 2024]; 26(1):93-8. Disponible en: https://journals.lww.com/jlgt/fulltext/2022/01000/the_vaginal_microbiome_iv_the_role_of_vaginal.18.aspx
- Cheng L, Gao Y, Xia Q, Wang H, Xie X, Liu Y, et al. Reproductive tract microbiota of women in childbearing age shifts upon gynecological infections and menstrual cycle. *BMC Microbiol* [internet]. 2021 [citado 8 dic 2024]; 21(1):252. Disponible en:

- <https://bmcmicrobiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12866-021-02300-4>
19. Lee JE, Lee S, Lee H, Song Y-M, Lee K, Han MJ, et al. Association of the vaginal microbiota with human papillomavirus infection in a Korean twin cohort. *PLoS One* [internet]. 2013 8(5):e63514. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063514>
 20. Wang H, Jiang Y, Liang Y, Wei L, Zhang W, Li L. Observation of the cervical microbiome in the progression of cervical intraepithelial neoplasia. *BMC Cancer* [internet]. 2022 [citado 8 dic 2024]; 22(1). Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-022-09452-0>
 21. Santella B, Schettino MT, Franci G, De Franciscis P, Colacurci N, Schiattarella A, et al. Microbiota and HPV: The role of viral infection on vaginal microbiota. *J Med Virol* [internet]. 2022 [citado 8 dic 2024]; 94(9):4478-84. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9544303/>
 22. Xia Y, Feng Y, Qin T, Zhao X, Lu J, Ma C. Characteristics of vaginal microbiome in reproductive-age females with HPV infection in Xinjiang, China. *Evid Based Complement Alternat Med* [internet]. 2022 [citado 8 dic 2024]; 7332628. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9643059/>
 23. Chen T, Xia C, Hu H, Wang H, Tan B, Tian P, et al. Dysbiosis of the rat vagina is efficiently rescued by vaginal microbiota transplantation or probiotic combination. *Int J Antimicrob Agents* [internet]. 2021 [citado 8 dic 2024]; 57(3):106277. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348412877_Dysbiosis_of_rat_vagina_is_efficiently_rescued_by_the_vaginal_microbiota_transplantation_or_probiotic_combination
 24. Adapen C, Réot L, Menu E. Role of the human vaginal microbiota in the regulation of inflammation and sexually transmitted infection acquisition: Contribution of the non-human primate model to a better understanding? *Front Reprod Health* [internet]. 2022 [citado 8 dic 2024]; 4:992176. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9763629/>
 25. McElroy KG, Regan M. Vaginal Microbiota and Lubricant Use During Labor: Implications for Nursing Research, Practice, and Policy. *SAGE Open Nursing* [internet] 2016 [citado 8 dic 2024]; 2. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2377960816662286>
 26. Jaspan HB, Mitchell CM, Happel AU. The vagina question: Can maternal vaginal fluid impact the infant gut microbiome and neurodevelopment? *Cell Host Microbe*. [internet] 2023 [citado 8 dic 2024]; 31(7):1084-6. Disponible en: <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S1931-3128%2823%2900258-5>
 27. Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. *Sci Transl Med*. [internet] 2014 [citado 8 dic 2024]; 6(237):237ra65. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4929217/>
 28. Argaw-Denboba A, Schmidt TSB, Di Giacomo M, Ranjan B, Devendran S, Mastroilli E, et al. Paternal microbiome perturbations impact offspring fitness. *Nature* [internet] 2024 [citado 8 dic 2024]; 629, 652-9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-024-07336-w>
 29. Veerus L, Blaser MJ, Sadovsky Y, Jašarevic E. Dad's gut microbes matter for pregnancy health and baby's growth. *Nature* [internet] 2024 [citado 8 dic 2024]; 629:536-7. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-024-01191-5>

Cambios psicológicos durante el embarazo y el posparto: evidencia científica reciente sobre sus manifestaciones en mujeres de Iberoamérica

¹ Carolina Pérez-Pérez
² Catalina Barra-Molina
² Amanda Méndez-Bravo
² Camila Moya-Contreras
² María Bernardita Valderrama-Stefano
² Mayra Prat-Gutiérrez
² Yeslei Vivallo-Ramírez

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

E-mail: isabeau.mendez@uss.cl

Fecha de recepción: 2 de julio de 2024.

Fecha de aceptación: 9 de diciembre de 2024.

Cómo citar este artículo:

Pérez-Pérez C, Barra-Molina C, Méndez-Bravo A, Moya-Contreras C, Valderrama-Stefano MB, Prat-Gutiérrez M, et al. Cambios psicológicos durante el embarazo y el posparto: evidencia científica reciente sobre sus manifestaciones en mujeres de Iberoamérica. *Matronas Hoy* 2024; 12(3):46-53.

Resumen

Introducción: la psicología en el embarazo y posparto es un área fundamental para los profesionales que atienden a las mujeres durante este proceso; sin embargo, aún no se comprenden los cambios reales durante este periodo.

Objetivo: analizar la evidencia científica sobre los cambios en la psicología de la mujer durante el proceso grávido-puerperal en Iberoamérica en el periodo 2011 a 2019, a fin de ofrecer una actualización sobre el tema.

Metodología: revisión bibliográfica donde se consideraron investigaciones de fuentes primarias y artículos médicos de Scielo, MEDLINE complete, Dialnet plus, Lilacs, Fuente Académica Plus e Index Psicología (años 2011 al 2019), junto con bibliografía referente para el marco de contexto del estudio.

Resultados: tras el análisis destacaron la ambivalencia afectiva y el miedo en el embarazo, así como en el periodo posparto se evidenciaron sentimientos de ansiedad y culpa. Finalmente, los cambios psicológicos se generaron por un conjunto de experiencias y modificaciones propias de este periodo.

Conclusiones: atender las necesidades psicológicas de la mujer en el embarazo y posparto es fundamental para su confort emocional en estos periodos vitales. La comprensión y el apoyo de las matronas a lo largo de estos periodos son decisivos para conseguir un estado emocional adecuado y sin sobreexposición a riesgos emocionales que afecten a la salud de las mujeres y sus hijos.

Palabras clave: psicología; embarazo; periodo posparto; puerperio; emociones; matronas.

Abstract

Psychological changes during pregnancy and post-partum: recent scientific evidence about their manifestations in Iberoamerican women

Introduction: psychology during pregnancy and postpartum is an essential area for professionals managing women during this process; however, the real changes during this period are still not understood

Objective: to analyse the scientific evidence on changes in the psychology of women during the pregnancy-postpartum process in Ibero-America from 2011 to 2019, with the aim to offer an update on this subject.

Methodology: a bibliographic review considering research from primary sources and medical articles from Scielo, MEDLINE Complete, Dialnet Plus, Lilacs, Fuente Académica Plus and Index Psicología (years 2011 to 2019), alongside relevant bibliography for the context framework of the study.

Results: after the analysis, the feelings that stood out were affective ambivalence and fear during pregnancy, as well as feelings of anxiety and guilt during the post-partum period. Finally, psychological changes were generated due to a set of experiences and modifications characteristic of this period.

Conclusions: to address the psychological needs of women during pregnancy and postpartum is essential for their emotional comfort during these life periods. Understanding and support by midwives throughout these periods will be decisive to achieve an adequate emotional status and without over-exposure to emotional risks with impact on the health of women and their children.

Key words: *psychology; pregnancy; postpartum period; postpartum; emotions; midwives.*

Introducción

Los cambios psicológicos durante el embarazo y el posparto en las mujeres es un saber fundamental en los profesionales de la salud para la comprensión de las necesidades psicológicas en estas etapas de la vida¹. Sin embargo, existen profesionales que tienen dificultades para prestar atención al bienestar emocional de esta y tienden, además, a establecer intervenciones de tipo paternalistas excluyendo el sentir de la mujer embarazada y puérpera, lo cual detona en sentimientos como el miedo, la vergüenza, la ansiedad, la ira, el desamparo y la soledad, provocando un impacto negativo en la vivencia de estas mujeres.

Depresión, estrés y ansiedad son los síntomas más comunes en las mujeres embarazadas y frecuentemente se presentan juntos. Las medidas de sufrimiento psicológico prenatal se asocian con las medidas de sufrimiento psicológico posnatal, con asociaciones más fuertes entre las mujeres con más de un tipo de sufrimiento psicológico durante el embarazo. Las intervenciones durante el embarazo pueden reducir el riesgo de sufrimiento psicológico posparto. La depresión, la ansiedad y el estrés son medidas importantes de sufrimiento psicológico y son modificables, por lo que es vital continuar evaluando empíricamente la prevalencia, la comorbilidad y las vías etiológicas para la identificación de las personas que necesitan intervención. Proporcionar o derivar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de depresión, ansiedad o estrés a intervenciones de asesoramiento tiene un beneficio en la prevención del sufrimiento psicológico posparto².

Origen de estudio de la psicología en el embarazo

La psicología aplicada al embarazo es un área de estudio bastante nueva y aún en construcción, que empezó a despertar un interés creciente (Benedek, 1952; H. Deutsch, 1944/45; Fries y Levi, 1938; H. Klein, Potter y Dyk, 1950; Senn, 1948) al final de la primera mitad del siglo pasado como se mencionaba en la introducción del artículo titulado *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. Psychoanalytic Study of the Child* de 1961³. Su autora, Grete Lehner Bribing (1899-1977), fue psicoanalista austriaco-estadounidense, primera profesora mujer de la Escuela de Medicina de Harvard y miembro de segunda generación de un grupo de académicos cercanos a Freud, con un papel destacado en la integración de la psiquiatría en el cuidado general del paciente⁴.

Bribing defendió que el embarazo era fundamental para comprender la vida interior de las mujeres; en 1959, en el mencionado artículo escribió: "Ningún estudioso del comportamiento humano puede sobreestimar la importancia de esta condición para el individuo y para la constelación familiar. A pesar de su importancia, la mayoría de nuestras ideas sobre el tema provienen del folclore y de los cuentos

de viejas sobre la inestabilidad emocional y la imprevisibilidad de las mujeres embarazadas". Observó en otro artículo: "Conoceremos la proverbial historia de la mujer que despierta a su marido en mitad de la noche para insistir en que debe encontrarle bayas frescas sobre melocotones a mediados de enero", Bribing se propuso mirar más allá de esas historias típicas para descubrir qué sucedía en la psique de las mujeres durante el embarazo. Inició un estudio amplio y a largo plazo sobre mujeres embarazadas del que surgieron algunas ideas profundamente intrigantes. El embarazo es una fase de desarrollo, similar a la adolescencia, en la que la psique cambia junto con el cuerpo, propuso Bribing. Es una crisis normal, un punto de no retorno entre una fase y la siguiente, que debe superarse con éxito para llegar al nivel de madurez⁵. El embarazo es una crisis que afecta a todas las mujeres embarazadas, cualquiera sea su estado de salud psíquica. Las crisis, como las entendemos, son puntos de inflexión en la vida del individuo, que conducen a desequilibrios que, en condiciones favorables, dan lugar a pasos madurativos específicos hacia nuevas funciones. Las encontramos como fenómenos de desarrollo en el punto de no retorno entre una fase y la siguiente, cuando cambios decisivos privan de su importancia a las antiguas necesidades centrales y modos de vida³.

El concepto de *psicología* es, pues, un área de amplia investigación; no obstante, el presente trabajo en modalidad de revisión bibliográfica se centra en el sentir emocional de la mujeres en la etapa del embarazo y posparto con base en diversos autores documentados, con el propósito de conocer los cambios psicológicos que comprenden esta etapa, teniendo así la oportunidad de agrupar conocimiento esencial, brindando una actualización fundamental para el equipo de atención a la salud física, psíquica y espiritual de la mujer.

Diversos autores han documentado respecto al embarazo y sus modificaciones psicológicas en el embarazo.

Barba-Müller et al.⁶ señalan que "las modificaciones cerebrales facilitan las funciones maternas... los cambios no afectan a todo el cerebro por igual, sino que están localizados en áreas implicadas en la cognición social, particularmente en regiones que se activan al inferir las intenciones, los pensamientos y las necesidades del otro", según la misma autora se menciona que frente a la percepción social, las mujeres embarazadas y puérperas demuestran una mayor sensibilidad, incluso hasta el segundo año posparto.

Así mismo, los cambios experimentados por la mujer durante el puerperio implican que, además de los cambios físicos que sufre el cuerpo, "se pueden originar sentimientos y emociones ambivalentes, como felicidad y tristeza, tranquilidad y angustia, entre otros. Situaciones como la preocupación por el estado del hijo, las molestias propias del posparto, la falta de sueño, el cansancio, la pérdida del

tiempo personal y la sensación de pérdida de control de la situación, que a menudo se agrava con el exceso de visitas y la discrepancia entre la información que la mujer recibe de profesionales y personas cercanas, potencian ciertos estados de ánimo⁷.

Los conocimientos descritos que abarcan la psicología de la mujer durante la gestación y el puerperio brindan información a los profesionales de salud sobre la conducta de la mujer durante estos periodos, ayudando a transitar de mejor manera por esta etapa única para cada una de ellas. En este sentido, la Organización Panamericana de Salud (OPS) señala que "muchos profesionales de Atención Primaria, como obstetras, matronas enfermeras, pediatras, etc., hacen intervenciones de salud mental al escuchar, contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes es muy importante ser escuchadas y tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico", lo cual demuestra la relevancia del conocimiento psicológico de este proceso en la atención de las mujeres, para prepararlas no solo físicamente, sino también realizando un abordaje psicológico⁸. Otorgar un espacio de confianza con el objetivo de tranquilizar, acompañar, escuchar y normalizar las emociones de las mujeres gestantes y puerperas, influye directamente en el reconocimiento de la normalidad de las emociones vividas, distinguiendo emociones negativas y de esta manera pueda buscar orientación por parte de un especialista de salud mental⁹.

Objetivo

La presente revisión bibliográfica obedece a la necesidad de obtener información actualizada sobre psicología durante el periodo grávido y puerperal, lo que permite generar una atención profesional dirigida a las mujeres; además, claridad en cómo brindar cuidados acordes a sus necesidades.

A partir de los aspectos señalados anteriormente surge la pregunta ¿cuáles son los cambios psicológicos de las mujeres durante el embarazo y el posparto? y el objetivo que se plantea para dar respuesta es analizar evidencia científica de la pasada década (2011-2019) sobre los cambios en la psicología de la mujer durante el embarazo y el posparto en Iberoamérica.

Método

El artículo de revisión, con enfoque cualitativo, permitió analizar publicaciones que abordaron los cambios psicológicos ocurridos en las mujeres durante el proceso grávido y puerperal, se analizaron dos aspectos específicos: conocer los cambios psicológicos durante el embarazo e indagar los cambios psicológicos durante el posparto. De esta ma-

nera, fueron consideradas investigaciones de fuentes primarias y artículos médicos, en español, inglés y portugués, pertenecientes a países de Latinoamérica, Brasil y España. Para ello, se utilizaron buscadores biomédicos tales como Scielo, MEDLINE complete, Dialnet plus, Lilacs, Fuente Académica Plus e Index psicología-revistas técnico-científicas.

Respecto a los criterios de inclusión se consideraron artículos que incluyen psicología de la mujer y las dos variables: gestación y puerperio, publicaciones en idioma inglés, español y portugués y artículos publicados en los años 2011 al 2019. La limitación cronológica de la revisión responde a que el presente trabajo ha sido extraído de una tesis leída en 2020 y era condición académica ajustar el estudio a la bibliografía de la década anterior a la lectura de la tesis.

En la estrategia de búsqueda se emplearon los descriptores del tesoro: embarazo, emociones, psicología, puerperio y sus traducciones en inglés: *pregnancy, emotions, psychology, postpartum, puerperium*, que para fines de esta investigación concuerdan con las palabras clave, aplicando los operadores booleanos, *AND, OR* y *NOT*.

Para los resultados de la búsqueda se encontraron 4.409, excluyendo 4.398 investigaciones que no cumplían con los criterios de inclusión, quedando un total de 11 artículos para analizar (Tabla 1).

En cuanto al registro de la información se empleó una ficha de recolección de datos y la matriz de datos seleccionados permitió clasificar los artículos de la siguiente manera: cinco artículos responden a la pregunta de investigación para el periodo grávido y seis artículos respondieron a la pregunta en la fase de parto y puerperio (Tabla 2).

Resultados y discusión

Leite et al. (10) y Vilas et al. (11) coinciden en que el descubrimiento de la gestación, específicamente en el primer trimestre, prima la ambivalencia afectiva en donde sobresale el sentimiento de querer o no querer al hijo. Los resultados de sus estudios revelaron que el sentimiento inicial fue que las mujeres no deseaban el embarazo por diversas razones, desencadenando sentimientos de tristeza, miedo, culpa y ansiedad; sin embargo, hubo una transición de estos sentimientos negativos por los de alegría y satisfacción, debido principalmente al examen de ecografía y a la aceptación del embarazo por su conyuge.

Leite et al. (10) agregan al discurso la satisfacción por una meta alcanzada y el sentimiento de satisfacción, este último detectado en el estudio de Marín et al. (12). Algunas mujeres refieren valorar su capacidad de gestar, sentirse completas, más atractivas e incluso refieren haber aprendido a gustarse ellas mismas.

Tabla 1. Resultado de búsqueda según fuente bibliográfica

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos eliminados	Artículos aceptados
Dialnet Plus	40	39	1
Scielo	62	61	1
Lilacs	145	143	2
Índex Psicología revistas técnico-científicas	4	3	1
Fuente Académica Plus	43	40	3
Medline Complete	4.115	4.112	3

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Aspectos bibliométricos de los artículos incluidos en la muestra

Autor	Revista- País -Año	Título	Metodología	Instrumento
Arnau Sánchez J, Martínez-Ros T, Castaño-Molina Á, Nicolás-Vigueras D, Martínez-Roche E	<i>Aquichan</i> Colombia 2016	Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo	Cualitativo	Entrevista en profundidad
Schiavo RA, Rodrigues OM, Piazzentin R, Perosa GB	<i>Trends in Psychology</i> Brasil 2018	<i>Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas</i>	Cuantitativo	Formulario único con 11 preguntas y el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
Marin AH, Gomes AG, Sobreira Lopes RdC, Piccinini CA	<i>Psico</i> Brasil 2011	<i>A constituição da maternidade em gestantes solteiras</i>	Cualitativo	Entrevista, Formulario de consentimiento informado
Vilas Boas LM, Braga M. CC, Chatelard DS.	<i>Psico</i> Brasil 2013	<i>Escuta Psicanalítica de Gestantes no Contexto Ambulatorial: Uma Experiência em Grupos de Fala</i>	Cualitativo	Grupo de palabras
Gondim M, Paiva D, Sydney A, Pinto L, De Melo A	<i>Psicologia em estudo</i> Brasil 2014	Sentimientos derivados de la maternidad: revelaciones de un grupo de mujeres embarazadas	Cualitativo	Análisis en dos momentos de las emociones maternas, al inicio de la gestación y posterior a la ecografía del segundo trimestre
Zubaran C, Foresti K	<i>Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives</i> Australia 2011	Calidad de vida y los síntomas depresivos en el puerperio. en mujeres de Brasil	Cualitativo-descriptivo	Evaluación de calidad de vida OMS versión breve (WHOQOL- Bref) Índice de calidad de vida multicultural (MQLI) Escala de detección de depresión postparto (PDSS) Escala de depresión posparto Edimburgo (EPDS) Evaluación socioeconómica (SES)

Tabla 2. Aspectos bibliométricos de los artículos incluidos en la muestra (continuación)

Autor	Revista- País -Año	Título	Metodología	Instrumento
Soares M, Helena M, De Brito S, Rosineide Silva G, Carolina L, Feitosa MM, De lima E, Suélhia M, Silva P, Caroline E	<i>Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo</i> Brasil 2018	<i>Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto</i>	Exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo	Entrevista semiestructurada
Martínez J, Hernández A, Rodríguez J, Delgado M, Rubio A, Gómez J	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> España 2019	Calidad de vida de la mujer a las seis semanas posparto: influencia del malestar presente en el puerperio	Estudio transversal	Cuestionario creado por investigadores Cuestionario de salud SF-36
Marín D, Molina S, Puente C	<i>Maternal and Child Health Journal</i> España 2018	Relación entre la depresión posparto y las variables psicológicas y biológicas en el periodo posparto inicial	Diseño prospectivo ex post facto	Inventario de depresión de Beck, segunda versión (BDI-II) Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)
Dos Santos J, Azevedo F, Spanó A	<i>Midwifery</i> Brasil 2011	Sentimientos de las mujeres sobre el contacto temprano con sus bebés en la sala de partos	Cualitativo	Entrevista semiestructurada y observación
Cardillo V, Camargo L, Dos Santos J, Gomes F	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> Brasil 2016	Identificación de síntomas depresivos durante el posparto en madres adolescentes	Estudio observacional, descriptivo, tranvesal	Escala de depresión posparto Edimburgo (EPDS) Escala de depresión de Hamilton (HAM- D)

Fuente: elaboración propia

Autores coinciden en que el predominio de sentimientos negativos durante las primeras fases de la gestación se encuentra estrechamente ligado con la ausencia o déficit del apoyo familiar y del progenitor, incluso generando dudas sobre la posibilidad de realizar un aborto¹⁰⁻¹².

Una emoción que prevalece en los resultados de los estudios de dos de los autores mencionados anteriormente es la preocupación, para Vilas et al.¹¹ esta emoción está directamente ligada a las finanzas y sustento del hijo; por el contrario, para el segundo autor, esta preocupación está relacionada con las repercusiones que tendría el embarazo en sus puestos de trabajo y por consiguiente en las remuneraciones, generando ansiedad sobre el futuro¹⁰. Además, plantean cierta molestia por el aumento de los gastos producto de sus cambios respecto a su alimentación coincidiendo con Schiavo et al.¹³ que destacan el factor del tema financiero, sobre todo en multiparas que presentan una

mayor ansiedad por tener que preocuparse de sustentar a un nuevo integrante de la familia.

Durante el segundo trimestre se hace mención a los cambios corporales, las mujeres gestantes sienten malestar físico y cierto grado de molestia, puesto que estos cambios condicionan sus quehaceres diarios¹¹. Marín et al.¹², por su parte, concluyen en que algunas mujeres sienten desagrado por no poder disfrutar de ciertas actividades que antes de la gestación sí podían ejecutar; además, un grupo de embarazadas relatan sentirse incómodas con estos cambios corporales e incluso avergonzadas.

Respecto al vínculo madre e hijo y aceptación de la gestación, Marín et al.¹² plantean que se hace presente debido a la percepción de los movimientos fetales y la ecografía coincidiendo con Leite¹⁰, que además añade que tienen tal impacto que la madre aumenta sus expectativas respecto a su hijo; Vilas et al.¹¹, por su parte, comparten la idea y

afirman que afianzan el vínculo y que la madre adquiere la capacidad de elaborar representaciones mentales sobre su hijo, lo caracterizan de tal forma que son capaces de otorgarle similitudes con uno de los progenitores solo con base en la frecuencia e intensidad de los movimientos fetales.

Más cercanas al tercer trimestre las mujeres empiezan a incluir dentro de sus relatos al recién nacido. Vilas et al.¹¹, en su estudio, detectan que las madres se hallan ansiosas por ver y sostener a su hijo, por otro lado, Marín et al.¹² refieren que algunas mujeres se sienten inseguras por la llegada del recién nacido debido a los cuidados de este; Leite et al.¹⁰ mencionan que algunas mujeres gestantes se sienten incapaces de poder hacerse cargo de la crianza.

Durante este último trimestre, las mujeres incluyen el miedo dentro de sus relatos: las mujeres gestantes refieren temor a dañar al hijo por tristeza o nerviosismo y miedo al rechazo por parte de este, por no aceptar el embarazo desde un inicio¹²; respecto al parto y al recién nacido, las gestantes temen a lo desconocido¹⁰, mientras que Vilas et al.¹¹ hallan presente el miedo en la cercanía al momento del parto, por perder la atención y los cuidados que se les otorgaron durante la gestación y temor posterior al parto, puesto que ya no sentirían a sus hijos, plantean terror a sentir un vacío dentro de ellas.

Por otro lado, Schiavo et al.¹³ se enfocan en que existen factores que influyen en el aumento de la ansiedad durante el tercer trimestre, tanto en mujeres primigestas como multiparas, para las primeras por una posible amenaza de aborto, así como de muerte intrauterina o amenaza de parto prematuro, aumentan la probabilidad de presentar ansiedad; para las segundas, el principal factor que incrementa la probabilidad de presentar una ansiedad elevada es el hecho de ya tener un hijo, debido a no tener ingresos suficientes, así como el cansancio materno.

Durante la etapa del parto, la fase culmen de la gestación, las mujeres, independientemente de los factores de riesgo o protectores según cada contexto, llegan con incertidumbre y miedo a los distintos procesos que comenzarán a vivenciar. Dos Santos et al.¹⁴ concluyeron en su estudio que las mujeres presentan tres tipos de miedo: a la incertidumbre por los procesos, al dolor del parto y por el estado de salud del hijo al nacimiento. Respecto a la incertidumbre por los procesos, al ingresar en la unidad de partos-partos perciben un aumento de este sentimiento, ya que consideran la sala de parto como un lugar de sufrimiento, lo que es discordante con el esperado primer encuentro con su hijo, de modo que, una vez fuera de la sala de partos, muchas describen sentir alivio. Esto es debido, señalan, a que las acciones de los profesionales son impersonales e intervencionistas, impactando negativamente en el primer contacto que tuvieron con sus hijos, en concordancia con lo descrito por Arnau et al.¹, quienes

exponen diferentes cambios emocionales por los que pasa la mujer durante el parto, como la ansiedad e incertidumbre debido a la falta de información y también por la repetición de malas experiencias, desencadenando ira, desamparo y soledad asociada a la relación clínica fría.

Con relación al miedo al dolor, este se intensificó ya que no saben si tendrán opción a uso de medidas farmacológicas o no farmacológicas, aumentando la sensación de miedo; este miedo está vinculado a las contracciones y al parto, puesto que consideraban que la experiencia sería dolorosa, y finalmente, miedo y vergüenza por falta de intimidad en el parto¹⁵. Para finalizar con este sentimiento, la incertidumbre sobre el estado de salud del hijo en los momentos del parto aumenta la ansiedad, generando frustración, ya que no hay nada que las mujeres puedan hacer con respecto a este punto y es poca la información que reciben por los integrantes de los equipos de salud.

Vilas et al.¹¹ también incluyen dentro de su estudio esta incertidumbre que plantea Arnau et al.¹⁵; en lo que respecta la atención por parte del profesional de salud, las mujeres relatan sentir impotencia y desesperación por la falta de confianza en la red pública.

Etapa puerperal

Con base en los contenidos analizados, es posible evidenciar lo abrumadores que pueden ser los sentimientos y las emociones experimentados durante el puerperio, transitando desde el miedo hasta la sintomatología depresiva.

Los cambios psicológicos de las mujeres en etapa puerperal son aún mayores, ya que según Soares et al.¹⁶ las influencias externas, tales como las creencias y los mitos, influyen desfavorablemente en la vivencia de la madre en este periodo, debido al cambio en el entorno social y personal, la atención que demanda el recién nacido, las dificultades de la lactancia y el no poder dormir, puesto que se generan sentimientos que impiden el disfrute del puerperio. El disconfort emocional, representado en el miedo, la fatiga, la inseguridad, la ansiedad y la inestabilidad emocional de las mujeres puerperas, principalmente se da por desconocer los cuidados físicos del hijo, la lactancia materna y abstinencia sexual, los diversos aspectos nuevos de preocupación que van desde el cuidado del hijo, el autocuidado, las demandas de la maternidad, así como los diferentes ajustes familiares.

Un sentimiento predominante según Soares et al.¹⁶ y Martínez-Galiano et al.¹⁷ es la ansiedad, tristeza y culpa, lo que conlleva una disminución en la calidad de vida. Además, cabe señalar que estos síntomas asociados con problemas en la dinámica de la relación de pareja y cansancio son elementos que implican un aumento en la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud.

Contrario a lo encontrado, en el estudio de Cardillo et al.¹⁸ se identifica que las madres adolescentes clasificadas con algún grado de depresión no reconocen sus síntomas en el día a día, ya que confunden los síntomas de tristeza con irritabilidad, sumados al sentimiento de ansiedad. En esta misma línea, en los resultados presentados en las mujeres puérperas adultas prevalecieron de forma significativa el sentimiento de culpa y de ansiedad. Se debe tener en cuenta que los síntomas anímicos muchas veces se confunden con las características de este periodo adaptativo.

Marín et al.¹⁹ indican que las mujeres con factores de riesgo, como enfermedades durante la gestación o no contar con redes de apoyo, pueden vivenciar síntomas depresivos durante las primeras 24 horas posparto, lo que demostraría dificultades de adaptación, ya que se relacionan directamente con quienes presentan síntomas depresivos cuatro meses después del parto, lo expuesto va en directa relación con lo encontrado por Zubarán et al.²⁰, quien presentó resultados a través de un estudio descriptivo en donde se mencionó que tener un bajo nivel socioeconómico proporciona una mala calidad de vida, así como no presentar redes de apoyo propiciaría la aparición de síntomas depresivos en el posparto.

Conclusiones

- Los sentimientos que prevalecen dentro del análisis de los artículos seleccionados fueron miedo, ansiedad y sintomatología depresiva, por lo que genera urgencia en los profesionales de la salud realizar modificaciones de aquellos factores que ayuden a mitigar estas emociones.
- Los resultados obtenidos con base en la evidencia científica recabada durante la revisión otorgarán a los profesionales los conocimientos y las herramientas para crear y dirigir estrategias enfocadas al beneficio directo de las mujeres embarazadas, puérperas e hijos.
- También propiciarán nuevas líneas de investigación en torno a la psicología perinatal, que contribuyan a la atención integral de la mujer, ya que en esta etapa, la mujer enfrenta numerosos cambios anatómicos y psicológicos que pueden resultar intensos y que en conjunto con las demandas del recién nacido pueden desencadenar una etapa difícil de transitar, lo que, sin el apoyo de sus allegados, podría exponerla a riesgos, puesto que este periodo exige una alta demanda en lo que compete al cuerpo y la psiquis.
- Las matronas, íntimamente ligadas a la atención en el embarazo, parto y posparto, son las profesionales sanitarias más cercanas y accesibles para las mujeres a lo largo de estos periodos; por lo tanto, su comprensión y apoyo son decisivos para despejar miedos, dudas y sentimientos

negativos y conseguir un estado emocional adecuado y sin sobreexposición a riesgos emocionales que afecten su salud y la de su hijo.

Limitaciones al estudio

La idiosincrasia de cada país, la economía, el sistema sanitario, las diferencias socioculturales, etc., determinan formas de conductas y sentimientos afectados por estos factores y, por tanto, no tienen por qué ser igualitarias las manifestaciones psicológicas de las mujeres en el embarazo y posparto, aunque muchas puedan ser comunes al margen del contexto nacional de cada país analizado.

La falta de bibliografía iberoamericana en los idiomas escogidos y la búsqueda centrada sobre el asunto de estudio, tan solo entre el periodo de investigación de 2011-2019, no ha permitido ofrecer una visión global, sino que ha generado un panorama parcial y restringido de la materia circunscrita a tres países iberoamericanos (Brasil, Colombia, España).

Aspectos ético-legales

Los autores declaran haber respetado las normas éticas salvaguardando lo establecido en el ejercicio profesional.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Arnau Sánchez J, Martínez-Ros T, Castaño-Molina Á, Nicolás-Viguera D, Martínez-Roche E. Explorando as emoções da mulher no atendimento perinatal: Um estudo qualitativo. *Aquichan* [internet] 2016 [citado 13 dic 2024]; 16(3):370-81. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/370/html>
2. Obrochta CA, Chambers C, Bandoli G. Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women Birth*. 2020 Nov; 33(6):583-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.009>
3. Bibring GL. Some considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1959; 14(1):113-21. doi: <https://doi.org/10.1080/00797308.1959.11822824>

4. National Library of Medicine. Celebrating America's Physicians. Dr. Grete Lehner Bribing. Changing the Face of Medicine [internet] [citado 13 dic 2024]. Disponible en: https://cfmedicine.nlm.nih.gov/physicians/biography_33.html
5. Murphy Paul A. Origins: How the Nine Months Before Birth Shape the Rest of Our Lives Simon and Schuster. Free Press; 2010.
6. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, et al. A modo de reseña sobre: "El embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano". *Nature Neuroscience* 2017; 20:287-96. doi: <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
7. Boal G, Fernández M. Miniguía práctica en obstetricia: Puerperio y Recién Nacido [internet]. Madrid: Laboratorios Bial; 2019. [citado 13 dic 2024]. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41377/19-02-26_Miniguia-DEF-PuerperioRN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Martín Maldonado-Durán J. Salud Mental Perinatal [internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011. [citado 13 dic 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Steen M, Amorim Francisco A. Salud mental y bienestar materno. Editorial. *Acta Paulista de Enfermagem* 2019; 32(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>
10. Leite MG, Paiva Rodrigues D, Sydney de Sousa AA, Pinto Torres de Melo L, De Melo Fialho AV. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol. Estud.* 2014; 19(1):115-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372217650011>
11. Vilas Boas LM, Braga MC da C, Chatelard DS. Escuta Psicanalítica de Gestantes no Contexto Ambulatorial: Uma Experiência em Grupos de Fala. *Psico* [internet] 2013 [citado 13 dic 2024]; 44(1)8-15. Disponible en: <https://puhrs.emnuvens.com.br/revistapsico/article/view/8623/8842>
12. Marín AH, Gomes AG, Sobreira Lopes RdC, Piccinini CA. A constituição da maternidade em gestantes solteiras [Maternity constitution in single pregnant women]. *PSICO* 2011 [internet]; 42(2):246-54. Disponible en: <https://revistaseletronicas.puhrs.com.br/revistapsico/article/view/5379>
13. Schiavo RA, Rodrigues OMPR, Perosa GB. Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas. *Trends in Psychology* 2018; 26(4):2091-104. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt>
14. Dos Santos Monteiro JC, Azevedo Gomes F, Spanó Nakano AM, O'Brien B. Women's feelings about early contact with their infants on the labour ward. *Midwifery*. 2011; 27(4):484-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.03.007>
15. Arnau-Sánchez J, Martínez-Ros MT, Castaño-Molina M Ángeles, Nicolás-Viguera MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan* [internet]. 2016 [citado 13 dic 2024]; 16(3):381. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/370>
16. Soares da Nóbrega Mazzo MH, Brito RS de, Silva ICG, Feitosa MM, Lima MS Élica de, Pessoa Silva EC. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Investg. Enferm. Imagem Desenvolvimento* [internet]. 2018 [citado 13 dic 2024]; 20(2). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagedesarrollo/article/view/16263>
17. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Rubio-Alvarez A, Gómez-Salgado J. Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(2):253. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>
18. Cardillo V, Quialheiro de Oliveira L, Monteiro J, Gomes-Sponholz F. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2016; 18. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.32728>
19. Marín-Morales D, Toro-Molina S, Peñacoba-Puente C, Losa-Iglesias M, Carmona-Monge FJ. Relationship Between Postpartum Depression and Psychological and Biological Variables in the Initial Postpartum Period. *Matern Child Health J*. 2018; 22(6):866-73. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2461-x>
20. Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women Birth*. 2011; 24(1):10-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.05.002>



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

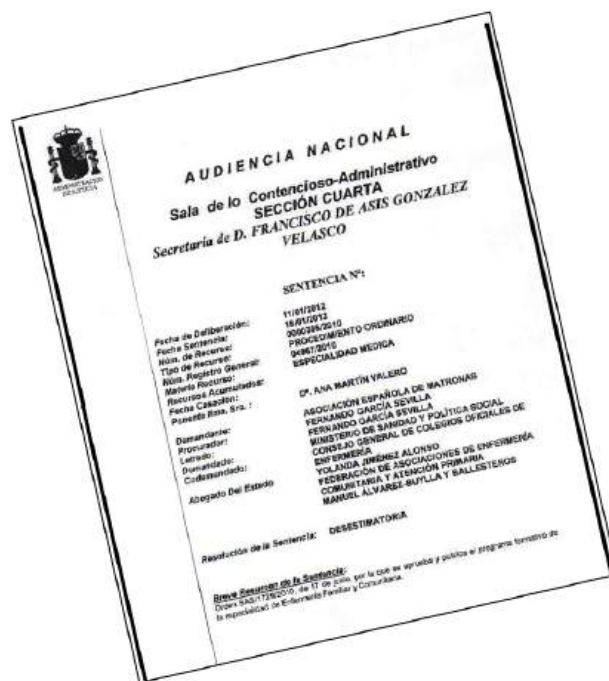
ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Demanda de la AEM contra la Orden SAS/1729/2010, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa Mª Plata Quintanilla

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

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



Para este número rescatamos un hecho que muchas Matronas acaso desconozcan y por el interés que tiene para la profesión, dada la situación que estamos viviendo las Matronas con el intrusismo permitido por las administraciones sanitarias y el del pretendido por otras especialidades enfermeras, tal es el caso de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), nos ha parecido interesante recordar, ya que aunque no se consiguió el objetivo de impugnar el programa formativo de (EFyC), el juez estableció las claves para la interpretación en un concreto escenario normativo.

Antes de tomar la Asociación Española de Matronas (AEM) esta decisión, la propia Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona informó desfavorablemente sobre los dos borradores de POE de la especialidad de EFyC, con las alegaciones pertinentes,

insistiendo en que no se debían incluir en este POE plasmando competencias, conocimientos, actividades y resultados de aprendizaje de la especialidad de enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), ya estaban consolidadas por otra especialidad, la de Matrona, y podría convertirse en una fuente de conflictos profesionales y laborales en el futuro.

Ante la inacción gubernamental, agotada la vía de diálogo, ya que el POE de EFyC finalmente fue publicado con estas inclusiones, la AEM decidió recurrir a los Tribunales.

De hecho, el análisis de esta sentencia figura en red comentado por el prestigioso jurista D. Francisco José Ojuelos Gómez, como ejemplo de conflictos de competencias profesionales en la Juris-

prudencia¹. El análisis es el siguiente (lo transcribimos literalmente con añadidos propios en negrita).

SENTENCIA DE LA AUDIENCIA NACIONAL, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 4ª de 18 de enero de 2012, Recurso 385/2010 de 17 de junio por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria; habiendo sido parte demandada la Administración General del Estado, representada por la Abogacía del Estado; y compareciendo como codemandados el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (**obsérvese que el Consejo General de Enfermería claramente tomó partido por la Especialidad de EF y C, que, a la vista del hecho, y aunque en la teoría representa con justicia y equidad a todos los enfermeros en los que se incluyen las Matronas, fuertemente y sin necesidad, dado que la demanda no iba dirigida contra esta organización colegial, se posicionó en contra de estas y a favor de una especialidad que acababa de nacer**) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.

La asociación recurrente (AEM) pretendía la declaración de nulidad del artículo 5.5 de la Orden que recurría, que incluye en dicho programa formativo *"la atención a la salud sexual, reproductiva y de género"* (...) por entender que se refiere a una serie de competencias ya existentes en otra especialidad MATRONA, y con las que entran plenamente en conflicto, pues solapan las competencias ya atribuidas a esa especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica o Matrona.

La sentencia estudia el fundamento de la norma, que queda expuesto en el Fundamento de Derecho (FD, en adelante) 2º, con referencia a la LOPS: *"La Orden impugnada aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en función de lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (...) La Ley establece, por tanto, no solo el marco de las profesiones definiendo la regulación del ejercicio, sino que además estructura la formación pregraduada y especializada a fin de dotar a los interesados de conocimientos y habilidades competenciales. Es decir, el marco de la formación aparece vinculado a la regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias, si bien se constituyen como ámbitos distintos en los que se pretenden objetivos distintos; a saber, la formación de un lado, y la distribución de competencias de cada de una de las profesiones sanitarias, de otro"*.

Así, aunque en un primer término parece que la conclusión se encamina hacia el establecimiento de una conexión íntima entre *formación y habilidades competenciales*, la afirmación final (si

bien...) nos permite anticipar la conclusión. Ya lo hemos dejado entrever en otra sede: la falta de eficacia del legislador provoca al final una aparente desvinculación entre la formación y las competencias profesionales. Algo insólito, parece.

Aquí la conclusión, razonada: *"La regulación de la Orden aquí impugnada se circunscribe al aspecto de la formación especializada, no a la regulación de la profesión y las competencias que han de desarrollar cada uno de los profesionales implicados en los procesos sanitarios de promoción y recuperación de la Salud. La regulación no incide en el ejercicio, sino en la formación previa. De este modo, la interpretación de la norma ha de hacerse en consonancia con lo establecido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que prevé que cada una de las distintas profesiones se ejercen sin más limitaciones que las previstas en la ley y bajo el principio de coordinación y observancia de los aspectos multidisciplinares. De acuerdo con lo expuesto, ha de rechazarse el motivo de impugnación en que sustenta el recurso toda vez que la Orden impugnada, en cuanto no establece una atribución de competencias profesionales a los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria no puede afirmarse que solape las competencias atribuidas a las especialistas en Enfermería Obstétrica Ginecológica o Matronas"*.

En definitiva, LAS COMPETENCIAS NO VIENEN DE LA FORMACIÓN.

Y a la voz autorizada del juez hay que añadir, insistimos, las competencias definidas para las Matronas por normativa europea transferida al sistema jurídico español, y eso es norma.

A pesar de ser desestimatoria la sentencia, es especialmente aclaratoria para discernir los casos de intrusismo en el área competencial de las Matronas que con tanta frecuencia y de la mano de enfermeros generalistas se están produciendo, con la permisividad de las Administraciones Sanitarias y los entes de representación de la profesión.

Bibliografía

1. Ojuelo Gómez FJ. Los conflictos de competencias profesionales en la Jurisprudencia. Estudio breve de ejemplos. Fojuelos.com [internet] 2014 [citado 13 dic 2024]. Disponible en: <https://fojuelos.com/2014/06/24/los-conflictos-de-competencias-profesionales-en-la-jurisprudencia-estudio-breve-de-ejemplos-2/>



M^a JESÚS GUTIÉRREZ MARTÍN

Matrona Hospital Medina del Campo (Valladolid, España).
Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad Enfermería
Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Ministerio de Sanidad.

Hago propias las palabras de un vallisoletano ilustre, Pérez Gellida, quien en una ocasión "diseccionó" el carácter de sus paisanos justificando su particularidad, decía: por haber sido "labrado de sol a sol y enterrado en los surcos de la tierra", de carácter sobrio y reservado, no desconfianza y recelo, además de presumir de la "honradez, hospitalidad, paciencia y espíritu trabajador" de sus paisanos". Así es Chus Gutiérrez, trabajadora, discreta, esforzada, honesta y directa.

Pregunta: Bien es cierto que nadie elige donde nace, pero nacer en un lugar u otro del planeta marca tu vida. ¿Lo crees así?

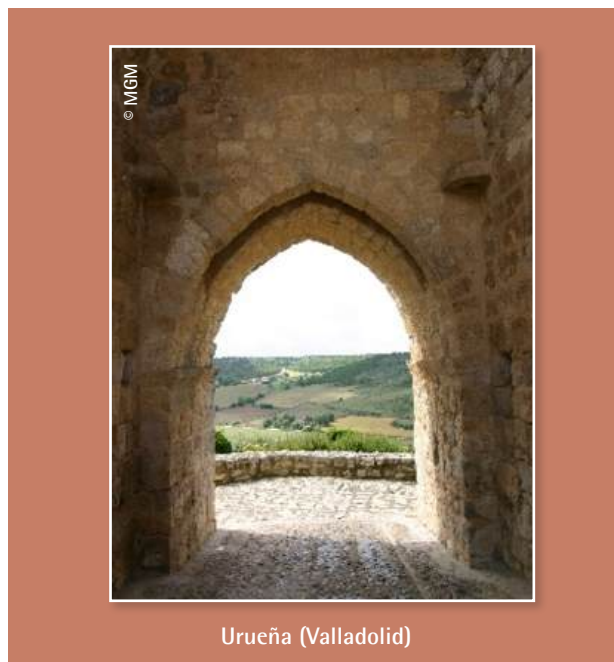
Respuesta: Estoy convencida de ello, al menos en mi caso. Yo nací en Valladolid un 20 de agosto, y para que entiendan el entorno en el que he vivido, diré que mi familia paterna es de Asturias y la materna de Valladolid. Me crié en una familia numerosa, por lo que mi infancia fue muy divertida y feliz. Tal y como has dicho, el carácter de los vallisoletanos es recio pero las amistades son sinceras y

duraderas. Tal es así que, entre mi gente, sigo atesorando la amistad de un grupo de amigas del colegio con las que sigo quedando y estamos presentes para apoyarnos en momentos difíciles. Mi familia vivió de una empresa de Artes Gráficas, sector que nada tiene que ver con el sanitario, pero tanto a mis hermanos como a mí misma, nos ha hecho valorar el mundo cultural y la lectura.

P. En efecto, es incuestionable el valiosísimo patrimonio histórico, artístico y arquitectónico de Valladolid en el que el mundo de la cultura, y muy destacadamente la literatura, tiene honda raigambre en tu tierra vallisoletana: escritores, actores, dramaturgos... hasta esa maravillosa villa amurallada del libro que es Uruña, que recomiendo disfrutar, pero ¿qué otras aficiones complementan tu vida?



Plaza Zorrilla (Valladolid)



Uruña (Valladolid)

R. Soy una enamorada de la fotografía y del senderismo, aficiones que me han permitido disfrutar de mi tierra, tierra de campos y labranza, de colores ocres, pinares y un cielo azul limpio. Tal vez por ello, cuando acabé el colegio quise estudiar algo relacionado con la tierra y me decanté por Ciencias Geológicas, pero no había Facultad en Valladolid por lo que tuve que optar por mi segunda opción que era Enfermería, profesión que me atraía también desde bien pequeña, ya que siempre me ha gustado cuidar.

P. Buena premisa para estudiar Enfermería... ¿Dónde cursas los estudios y qué recuerdos tienes de la carrera?

R. Me formé como enfermera en la EU Enfermería "San Telmo" de Palencia, adscrita a la Universidad de Valladolid, de la que tengo una opinión muy favorable, con buenos docentes, y en la que se compaginaban perfectamente las clases teóricas y las prácticas clínicas, y realizaban un seguimiento bastante personalizado de nuestra formación. Contábamos con más docentes mujeres que hombres (signo de la feminización evidente de esta profesión) y, si no recuerdo mal, la directora de la Escuela era una enfermera. Tengo unos recuerdos increíbles de aquella etapa de mi vida.

P. ¿Cómo fue el retorno a Valladolid y el comienzo de la etapa laboral?

R. Finalizados mis estudios como enfermera, regresé a Valladolid donde trabajé 11 años como tal. Mi primer contrato fue un "paseo" por Cirugía General, Pediatría, Maternidad, en el Hospital Universitario Río Hortega; durante cuatro meses lo compaginé con otro trabajo en el Hospital Militar de la ciudad. A renglón seguido, obtuve estabilidad al lograr una plaza laboral en Servicios Sociales, concretamente en una residencia de mayores asistida, donde me formé en Geriatría, especialidad que adquiriré por vía extraordinaria. Años después, obtuve plaza de enfermera en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de SACYL (Servicio Sanitario de Castilla y León), centro en el que trabajé en diversos servicios (radiología, cirugía general, CMF, ORL, NCR y materno-infantil).

Como ves, el carácter que imprime mi tierra y el valor que doy a mi entorno y a mi gente han definido prácticamente toda mi carrera profesional y mi vida personal en Valladolid.

P. Acabo de leer que el signo del Zodiaco da las características de la personalidad y describe cómo es cada uno. Pero la hora del nacimiento, en especial, brinda las claves para descubrir el "don" que se debe desplegar en la vida, hacia dónde dirigir la vocación y a qué conviene dedicarse. ¿Podemos probar contigo a ver si se cumple?

R. No soy seguidora de los horóscopos ni sé cuál fue la hora exacta de mi nacimiento, aunque nací por la noche y sé que soy Leo. Desconozco si este aspecto ha podido influir en mi decisión de ser matrona.



Presentación Jornadas para Matronas

P. Tampoco yo lo soy, pero mi curiosidad me ha hecho descubrir que, entre otras cosas, los nacidos bajo el signo de Leo, signo de fuego, ponen todo su corazón tanto en sus relaciones como en sus responsabilidades en el trabajo, no son egoístas con su luz, pues disfrutan de igual manera en hacer brillar a los demás, especialmente a quienes se lo merecen. Son cálidos, amorosos y apasionados. Líderes natos y con una confianza que los empuja a ir por lo que quieren y por lo que creen, y eso me cuadra perfectamente contigo, aunque no podamos completar el juego de la vocación porque nos falta tu hora exacta de nacimiento...

R. Sin sonrojo, puedo sentirme más o menos identificada con la descripción general para mi signo...

P. Entonces, ¿eres matrona por determinación o porque en un momento te "enganchó" la especialidad?

R. Pienso que es más probable que decidiese hacer esta especialidad por un motivo relacionado con un periodo duro de mi vida en el que sufrí dos abortos espontáneos. Tuve la suerte de poder elegir plaza EIR en el mismo hospital en el que trabajaba, Río Hortega, cursando la residencia de 2001 a 2003.

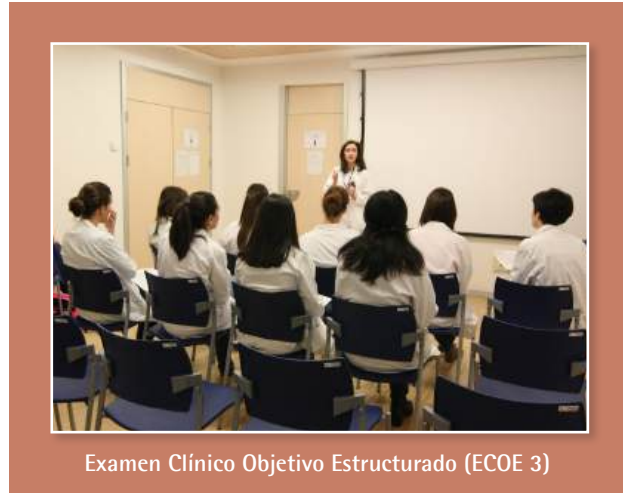
Los primeros años, y hasta que obtuve la plaza de matrona en el HURH, trabajé en promoción interna, es decir, compaginando mi trabajo como enfermera generalista con el de matrona, hasta que firmé una interinidad como matrona; años más tarde me ofrecieron la coordinación de la Unidad Docente de Matronas de Valladolid-Segovia. Durante aquella época todo fluía sin más, tenía dos niños pequeños que requerían de mucha atención por mi parte y mi trabajo me gustaba, pero con los años me fue apasionando más y más. Encontré una faceta muy interesante en la docencia y creo que todo esto me ha convertido en la profesional que soy hoy en día.



Presentación Unidad Docente de Matronas

P. La Universidad de Valladolid tiene un largo y amplio repertorio en el contexto de las dificultades determinadas por el machismo imperante, de mujeres universitarias pioneras, formadas en sus aulas, muchas de las cuales eran matronas que iniciaron su formación partir del primer tercio de siglo.

R. Me consta, y es un orgullo como vallisoletana, que la Universidad de Valladolid tenga casi 800 años de historia, con extensión de su influencia a Palencia (sede de la primera universidad española, siglo XIII), Segovia y Soria, y que sea Valladolid, la cuna de la primera facultad de medicina en el siglo XVI y haya sido de importancia para la formación de matronas de muchos puntos del país.



Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO 3)

P. ¿Cómo recuerdas el paso por la especialidad?

R. Cuando realicé la residencia la capacidad de mi Unidad Docente era de tan solo seis residentes distribuidos en los dos grandes hospitales de Valladolid (HCUV y HURH). Entonces nos denominaban DIR (Diplomado Interno Residente) en lugar de EIR y, al igual que ahora, requería dedicación completa. Al tener la plaza de personal estatutario tuve que firmar una situación especial en activo.

Recuerdo que contamos con muy buenos profesionales para la formación práctica y docentes magníficos para la teórica. Aún no estaba desarrollada la figura de tutor, por lo que todo el personal del servicio formaba y tutorizaba por igual. Para evaluar el programa teórico nos pedían superar diversos exámenes por cada una de las materias. En conjunto, me sentí muy arropada y mimada por todos ellos.

En cuanto a las compañeras de promoción, durante los dos años fuimos una piña. Nos ayudamos y compartimos espacios de estudio, trabajo y ocio en el que la alegría era un común denominador que nunca empañó nuestra responsabilidad en la formación que teníamos por delante. La vida te va llevando luego por distintos derroteros y nos fue distanciando físicamente, aunque he tenido la fortuna de reencontrarme hace dos años, al trasladarme al Hospital de Medina del Campo, con Cris, una de mis compañeras de promoción.

P. ¿Cuándo se produce el salto a la matronería?

R. Salvo el primer año de mi carrera como matrona, en el que firmé un contrato de verano con el HCUV, el resto lo he desarrollado en el paritorio del HURH y en la Unidad Docente. Como ya he comentado, desde hace dos años me trasladé al Hospital de Medina del Campo, un hospital comarcal de gran calidad, que forma parte de los centros comprometidos con la excelencia en cuidados y esto se refleja en su modo de trabajo y en el ambiente amable que se



Junto con una compañera de especialidad y de trabajo

respira. Para mí ha sido como una bala de oxígeno, ya que he de reconocer que el compaginar el trabajo de matrona en el HURH con la gestión docente supuso un periodo de mi vida interesante y bonito, pero complejo y, en cierto modo, poco agradecido. No obstante, como bien sabes, no he dejado de trabajar la faceta docente. Además, desde que trasladé la plaza a Medina del Campo, comencé a trabajar en el ámbito de la sanidad privada, en este caso en Madrid, que parece más cerca de Valladolid desde que contamos con tanta frecuencia del AVE. El sector privado era desconocido para mí y comencé con ciertos recelos, pero estoy encantada porque cuenta con profesionales muy competentes y la filosofía y el ritmo de trabajo que siguen nada tienen que ver con los de la sanidad pública. Sinceramente, creo que el sector público adolece de muchos aspectos que a la sanidad privada le sobran y viceversa.

**P. ¿Fuiste madre antes de ser matrona o viceversa?
¿Cambia la percepción de la profesión por ser madre?**

R. Aproximadamente al mes de terminar la residencia di a luz a mi primer hijo, por lo que inicié mi carrera como matrona paralelamente a mi rol de madre. Yo no estoy de acuerdo con lo que piensan muchas compañeras sobre este aspecto, que argumentan que la maternidad les ha cambiado la percepción de la profesión. Personalmente, mi faceta como madre ha marcado mi vida y mis hijos son el centro de ella, pero no me ha condicionado profesionalmente a la hora de atender o empatizar con una mujer más que lo que puede condicionar a cualquier madre trabajadora compaginar la maternidad y el trabajo, sea del sector laboral que sea. Es más, considero que hay muchas matronas que no tienen hijos y son excelentes profesionales con gran empatía y saber hacer.

P. Me consta que eres una "curiosa insaciable" profesionalmente hablando y además de matrona has cursado otros estudios...

R. Tal vez tenga una curiosidad insaciable como dices y, además, me encantan los retos. Mucha de la formación que he realizado me ha venido dada por mi carrera profesional. Por ejemplo, la especialidad de geriatría al trabajar en Servicios Sociales o el título de operador de radiodiagnóstico por trabajar en el servicio de radiología. Pero mucha otra formación ha sido por simple gusto y curiosidad. Pongo por ejemplo mi formación en Tecnología de los alimentos e Higiene alimentaria que, posteriormente, me permitió impartir cursos de manipulación de alimentos, o aspectos concretos para la docencia de residentes que me han permitido desarrollar metodologías docentes y evaluativas en nuestro centro. De ellas, destaco la implantación del ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado) como método objetivo de evaluación sumativa, que iniciamos en nuestra Unidad Docente, para luego ir introduciéndolo en otras especialidades de enfermería y, actualmente, se realiza un ECOE anual conjunto para todos los EIR de matrona de Castilla y León. He de reconocer con orgullo que, gracias a ello, el Ministerio nos galardonó en el certamen de Proyectos de innovación sanitaria (2013) con un premio de Buenas Prácticas.



Premio Buenas Practicas 2013

P. Yo tengo la humilde y personal creencia de que la profesionalidad se construye, pero con los valores se nace. ¿Compartes conmigo la opinión? Esto a tu juicio, ¿en qué se está traduciendo en nuestra profesión que va pareja con la sociedad?

R. Estoy totalmente de acuerdo contigo. En este sentido llevo tiempo haciéndome una reflexión que puede explicar el salto generacional que he percibido en las últimas promociones de EIR con las que he trabajado y que me han sorprendido para bien en ocasiones y, si soy sincera, me han decepcionado en muchas otras. Esto mismo lo siento con mis propios hijos, porque como bien dices, este salto va parejo a los cambios sociales.

P. Háblanos de tu etapa como gestora siendo coordinadora de la Unidad Docente de Valladolid.

R. Comencé siendo coordinadora de la Unidad Docente de Valladolid-Segovia y acabé asumiendo la presidencia de la Subcomisión de Docencia del Área de Valladolid Oeste.

Los comienzos fueron complicados, ya que la gestión de residentes es compleja y requiere interacciones con residentes, tutores y órganos de dirección. Pero tuve la suerte de trabajar para un centro que me valoró y nos permitió desarrollar las ideas y mejoras que los tutores fuimos proponiendo.

La unidad que he coordinado durante casi 14 años no es multiprofesional, ya que durante este tiempo la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León consideró que funcionaba bien formando únicamente a matronas. No obstante, era consciente de que, tarde o temprano, acabará por reconvertirse en multiprofesional, que ha sido uno de los motivos por los que decidí dejar el cargo.



Sesión de tutores

P. Estoy convencida que la mayoría de matronas sufrimos un duro revés previendo el futuro a peor que se avecinaba en nuestra formación en el momento que se promulgó el RD 183/2008 con el objetivo de potenciar

el aprendizaje para el trabajo multidisciplinar y multiprofesional. Por tu experiencia y conocimiento, ¿cuáles son los mayores problemas que ves en este sistema que a tan pocas matronas gusta?

R. Quiero pensar que el objetivo del Ministerio al desarrollar esta norma fue el de hacer más eficientes las unidades docentes en las que se formaban dos o más especialidades y aunarlas con una visión de equipo. Pero la triste realidad es que, para las especialidades de enfermería, ha supuesto una pérdida de autonomía. Concretamente, el principal problema es el desarrollo de una estructura docente que cuenta solamente con un tutor coordinador que debe de tener una de las especialidades que se forman en la unidad. No creo que exista en España ninguna unidad multiprofesional de obstetricia y ginecología cuyo tutor coordinador sea una matrona.

Tú sabes bien, por las acreditaciones que manejamos en la CN, que el trabajo de gestión docente en estas unidades lo siguen realizando matronas bajo cuerda, con la "supervisión" innecesaria de un obstetra y sin reconocimiento profesional por su labor. Si el objetivo de crear estas unidades era fomentar el trabajo en equipo, en la mayoría se está traduciendo en más conflictos y corporativismo. Para el resto de las especialidades de enfermería ha sido la única manera de poder acceder a la constitución de unidades docentes, pero, cuando se desarrolla esta norma, las unidades de matronas eran no multiprofesionales y, aún hoy, persisten algunas pocas. Por mi labor presidiendo la subcomisión de docencia de enfermería en Valladolid Oeste, he vivido de primera mano la diferencia de formación entre uno y otro tipo de unidad.

Y hablando de las subcomisiones de docencia de enfermería, aspecto que se trata muy sutilmente en la norma, pero que obliga a su desarrollo en centros docentes donde se forman enfermeros especialistas, es también un aspecto bastante inquietante. Quiero decir con esto que se crean órganos colegiados "dependientes" de la comisión de docencia para la mayoría de los acuerdos a los que se llega, y se incluye como vocal nato de esta comisión al presidente de la subcomisión de enfermería. Con ello, en muchas comisiones de docencia no se convoca ni a tutores ni a residentes de enfermería para formar parte de la comisión por el hecho de contar ya con un vocal nato. A la hora de decidir aspectos que afectan a los EIR, ¿qué equidad se puede asegurar si entre un máximo de 20 vocales tan solo uno es tutor EIR? Personalmente, he luchado mucho esta injusticia y en Castilla y León me incluyeron en un grupo de trabajo de la Gerencia Regional de Salud para desarrollar una norma con los requisitos mínimos y funciones que debían de cumplir las subcomisiones de enfermería. Creo que, actualmente, es la única CC.AA. que ha apostado por desarrollar esta normativa.

Ahora, desde mi posición en la CN, sabes que intento hacerme escuchar en este sentido, esperemos que el Ministerio actualice los requisitos de acreditación de unidades docentes multiprofesionales en las que se forman EIR de una manera justa y que no suponga una merma de nuestro marco profesional.



Recepción de la U.D. de Obstetricia "Facultad del Desarrollo" (Chile) en la U.D. de Valladolid

P. Desde hace un tiempo eres vocal y vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona del Ministerio de Sanidad, ¿qué opinas de la posición que el Ministerio da a la Comisión?

R. Efectivamente, fui propuesta por mi comunidad autónoma, y tenía unas expectativas muy altas con esta labor, pero he de reconocer que, aunque era consciente de que la Comisión Nacional es un órgano consultivo, pensé que nuestra opinión era más valorada por el Ministerio de lo que he podido percibir.

P. Cuando leo tu *currículum*, que es bastante extenso y aprovechado, me sorprende la variedad de "palos" que has tocado y la cantidad de Proyectos sobre Planificación y Mejora de la Calidad en los que has participado.

R. Afortunadamente mi actividad, interés y responsabilidad me ha proporcionado la motivación para integrarme o liderar proyectos, la mayoría centrados en la docencia y su entorno, como por ejemplo Evaluación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones de la GRS de Castilla y León, Grupo de Trabajo para la mejora de la formación unificada de las UD de Matrona de Castilla y León, Grupo de Incentivación a los tutores, Grupo de Trabajo sobre reflexiones escritas de incidentes críticos, etc. Todo ello lo consideré absolutamente necesario para la buena andadura de la Unidad Docente y para mejorar la propia profesión.

P. En el transcurso de tu larga carrera profesional, has contactado con innumerables promociones de matronas, y sabedora de que tienes un juicio fundado, te pregunto ¿de qué adolecen estas nuevas generaciones de matronas y cuál es el peligro que esto implica para la profesión?

R. Inicialmente, y sin ánimo de generalizar, quiero poner en valor su formación dada la dificultad que tienen ahora para acceder a la especialidad, así como el manejo de nuevas tecnologías, lo cual les permite trabajar con soltura programas, aplicaciones, búsquedas bibliográficas, etc. Pero, desde mi experiencia, he de decir que muchos de estos profesionales no ejercen la especialidad por vocación y, siendo muy reivindicativos en aspectos económicos y contractuales, olvidan la esencia de la profesión y la mejora y defensa de nuestras competencias. Por contra, luchan por "modas" sin base en evidencia científica, que venden muy eficientemente en redes sociales junto al resto de su vida personal. Además, son extremadamente competitivos, por lo que considero que este tipo de matronas no representan al grueso de nuestra profesión, sino que más bien la desmerecen y desvirtúan.



ECO E 2

P. Por último, te pido, como a todos los entrevistados cuya experiencia os avala, una visión de futuro para la profesión y un consejo.

R. Me inquieta la idea de pérdida de competencias. La profesión de matrona abarca mucho más que la atención al parto, pero en España ni la sociedad ni la propia Administración valoran la profesión como en otros países de Europa. Y te lo plasmo en dos ejemplos muy sangrantes desde mi punto de vista, como son la asunción de nuestras competencias en la Atención Primaria de algunas CC.AA. por enfermeras de AFyC en centros en los que ya ni se molestan en cubrir a las matronas, o el desarrollo de las plazas de matrona en las plantas de maternidad, donde

desarrollan sus competencias como matrona, pero también tienen que asumir las de enfermeras generalistas. Si, además, a esto sumamos el descenso de la tasa de natalidad, nos encontramos ante un panorama bastante desalentador. Para echar más leña al fuego, y con la ayuda y el poder que tienen hoy en día las redes sociales, a la población se le muestran jóvenes matronas, un tanto naïfs, mostrando impresiones de placenta, pero no luchando, entre otras cosas, por dar el alta de matrona sin la firma de un facultativo.

En cuanto a la formación, con lo que he comentado respecto a las unidades multiprofesionales, entiendo que haya una tendencia cada vez más fuerte por una profesión independiente. Lo entiendo, pero no lo comparto, ya que

se ha demostrado que el sistema de residencia (EIR) es una formación muy práctica y de gran calidad, pero si no se modifican las unidades multiprofesionales como se entienden actualmente, mucho me temo que acabaremos por ser una carrera independiente.

Quiero agradecerte en nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio tu trabajo y tu tesón, que formes parte de ese grupo de gente buena y de buena gente, cuyos valores y ejemplaridad profesional son un orgullo para nuestra profesión.

Redacción Asociación Española de Matronas

AGENDA

Conflicto generado por el manifiesto de FAECAP con el resto de especialidades enfermeras. La AEM se dirige al Secretario de Estado de Sanidad

Ya hemos avanzado en el editorial de este número el conflicto generado por la Federación de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP) con el resto de especialidades enfermeras y, por ello, la Asociación Española de Matronas (AEM), como ente de representatividad y defensa de las Matronas españolas, se dirigió al Secretario de Estado de Sanidad por carta para obtener respuestas sobre el plan del ministerio para la reorganización de la Atención Primaria de Salud sobre la que están trabajando y si las pretensiones de FAECAP eran compartidas por el propio ministerio.

En el siguiente enlace se puede descargar la carga enviada al Secretario de Estado:

https://codae.enfermeria21.com/wp-content/uploads/ceditorial/matronas/articulos/123/Carta_Secretario_Estado.pdf

Por su parte, la respuesta obtenida del Secretario de Estado se recoge en el enlace de a continuación

https://codae.enfermeria21.com/wp-content/uploads/ceditorial/matronas/articulos/123/Respuesta_Secretario_Estado.pdf

La AEM convocada a la reunión en Bruselas para posible modificación de la Directiva 36/2005 relativa a Matronas



Rosa Mª Plata, Presidenta de la AEM

El pasado 22 de octubre se celebró en Bruselas una reunión bajo el título "Formación mínima armonizada de la UE para Matronas: ¿es hora de ponerse al día?" a la que asistió Rosa Mª Plata Quintanilla, presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), en calidad de Asociación Nacional,

con el objeto de debatir sobre las Conclusiones preliminares del estudio *Cartografía y evaluación de la evolución de una de las profesiones sectoriales en virtud de la Directiva 2005/36/CE –Matrona (GROW/2023/OP/0024)*, sobre las que había participado, enviando documentación pertinente a la solicitud de la Comisión Europea, a través de la agencia delegada Spark para tal propósito.

La jornada dio comienzo con la introducción de Jakub Boratynski, Director de la DG GROW (Mercado Interior, Industria, Emprendimiento y Pymes) en representación de la Unión Europea con el siguiente discurso (traducción literal):

"Estoy muy contento de estar aquí. Soy el director del departamento de la DG GROW, que básicamente es el director general de la comisión responsable de la industria de Mercado único. Pero una de las funciones más importantes que tenemos en este departamento es garantizar que uno de los mayores logros de la Unión Europea, que es la libertad

de movimiento, no solo para el turismo, sino también para fines profesionales, esté realmente protegida. De hecho, uno de los elementos de ese enfoque es que para los profesionales que requieren, digamos, un alto grado de confianza y movilidad, los llamados profesionales regulados, tratamos de hacer que sea lo más fácil posible para estos moverse entre los países. Por supuesto, no es tan sencillo, precisamente por la circunstancia, de que la educación y la formación sigan siendo competencia nacional, de hecho, hemos tenido muchas tradiciones diferentes. Pero al final, cuando pienso en la mentalidad de las Matronas, hay algo fundamental que es, por supuesto, común. Y debo decir que también personalmente, lo valoro como realmente importante. Todavía recuerdo muy bien a la Matrona que ayudó a nacer a mi primer hijo hace 24 años. Por eso, diría que la partería es muy, muy importante a nivel humano.

Ustedes vienen aquí representando diferentes autoridades nacionales, asociaciones de Matronas e instituciones de formación, y creo que este es realmente el grupo con el que queremos hablar. Por eso los convocamos aquí porque básicamente queremos reflexionar con ustedes sobre cómo llevar adelante esta cuestión del reconocimiento de esa profesión específica. Por tanto, la reglamentación relativa a los requisitos de formación comunes para las Matronas, o los requisitos mínimos de formación, habría sido uno de los logros históricos del proceso, porque ya existía una red a finales de los años 70, y esto, no recuerdo bien, me lo acaba de decir mi colega, a quien tengo que recurrir para conocerlo en su conjunto. Quiero decir, esto realmente se remonta a 1980, cuando creo que la mayoría de nosotros éramos niños o todavía no habíamos nacido. Así que, en realidad, se trata de llegar de alguna manera a las raíces de este proceso. Por tanto, estos requisitos se han estudiado con las últimas revisiones de las directivas sobre cualificaciones profesionales en 2013. Sin embargo, no ha habido cambios específicos, digamos sustanciales, en el contenido de esos requisitos de formación. Así que, como Comisión, se nos han otorgado los llamados poderes delegados que realmente nos ayudan a modificar estos requisitos legales sin, digamos, pasar por todos los procedimientos, circunstancias que llevan mucho tiempo. Y de esta manera podemos hacer posible el reconocimiento automático de las cualificaciones profesionales sin que la UE tenga que seguir siendo relevante sin, digamos, una carga burocrática excesiva. Creo que lo importante es que, como saben, estas profesiones son muy, muy importantes, obviamente, desde el punto de vista del interés público y dados los desafíos que enfrentamos hoy en día en relación con la escasez de personal cualificado. Al final, no es solo una ventaja para las personas afectadas, para los profesionales, trasladarse a otro país, si no también es, diría yo, de interés europeo ge-

neral, para asegurarnos de que, con esa flexibilidad, con la facilitación práctica de la libertad de movimiento, podamos realmente responder a las necesidades de los ciudadanos.

Así que, por decir algunas palabras más sobre el marco jurídico, como se trata de una competencia nacional, nunca hablamos de una armonización completa. En ese contexto, el concepto que realmente sirve de base son los requisitos mínimos de formación, es decir, no estamos imponiendo a los Estados miembros que tengan exactamente el mismo modelo de formación para el profesional regulado, en ese caso específico, Matronas. Los Estados miembros pueden añadir algunos requisitos adicionales, y la base se mantiene siempre que la Matrona de un Estado miembro se ajuste al requisito mínimo de formación. Ya saben, el sistema debería poder funcionar y las Matronas podrían aceptar el trabajo en otros Estados miembros.

Obviamente, la ciencia está en constante desarrollo. Hemos visto un progreso increíble en el área de los servicios de salud, por lo que, obviamente, tienen que seguir el desarrollo. Sin embargo, quiero decir, lo que estamos haciendo y el propósito de este ejercicio es realmente reflexionar seriamente hasta qué punto existe una necesidad imperiosa de actualizar esos requisitos de formación. Cuando hablamos de cuáles son estos requisitos de formación, se trata de una combinación de diferentes factores. Es una duración mínima de formación que se expresa en años u horas. Se trata de un conjunto mínimo de competencias y conocimientos que deben adquirirse durante la formación, materias de formación específicas que deben incluirse en los planes de estudio y más. ¿Vamos a hablar de todo eso hoy? No, no necesariamente, porque la Comisión con sus los poderes delegados le permiten actualizar solo ciertos requisitos mínimos de formación en este procedimiento en condiciones muy limitadas. Es decir, solo se pueden actualizar las materias de formación mínimas y las competencias y conocimientos que deben adquirir las Matronas. De lo contrario, tendríamos que preocuparnos directamente de lo que llamamos cualificaciones profesionales. Por lo tanto, para que esta sea una posible actualización, ya sabe, realmente significativa y realmente reflexiva, necesitamos recabar una información objetiva sólida basada en el mapeo de los requisitos de formación internacionales existentes, y solo eso nos permitiría tomar esta decisión responsable sobre si necesitamos esas actualizaciones o no.

Y es por eso por lo que le pedimos a la agencia externa Spark Legal and Policy Consulting que recopilara datos y preparara un estudio cuyos resultados preliminares se les presentarán hoy. Y es precisamente por eso por lo que los hemos reunido, porque realmente queremos recibir sus comentarios sobre todo ello y poder reflexionar con ustedes

sobre el trabajo realizado hasta ahora por la Agencia. El mapeo de los avances científicos y técnicos que afectan a la capacitación en cableado intermedio en toda el área económica europea ha llevado a un importante recordatorio de que tenemos un mercado único que se extiende, ya saben, más allá de los estados miembros de la Unión Europea, no solo Noruega como parte de este esquema. También estamos verificando si esos avances específicos ya están presentes en los planes de estudio de los estados miembros y lo que generalmente reconocen. La agencia también eligió las categorías bajo las cuales se agrupan los hallazgos y la metodología para evaluarlos. Por lo tanto, con todo esto que se les presentarán los hallazgos preliminares y esperamos con mucho interés sus comentarios, su retroalimentación. Estoy convencido de que el debate de hoy contribuirá básicamente a nuestra conciencia y nuestra comprensión de lo que se debe hacer para asegurarnos de que básicamente este marco sea adecuado para su propósito. Los aliento a que sean francos, directos, saben que realmente necesitamos hacerlo bien y, obviamente, desde ese punto de vista, su aporte es absolutamente crucial. Por lo tanto, nuevamente, es un gran placer para mí estar aquí con ustedes hoy, aunque me quedaré solo durante la parte inicial de la reunión, mientras ustedes continúan trabajando. Espero con ansia sus intercambios abiertos y un debate muy fructífero. Sé que probablemente haga un poco de calor en este día, pero también creo que son un grupo profesional muy resistente, así que estoy seguro de que esto no será un gran obstáculo para ustedes. Muchas gracias nuevamente y les agradezco su asistencia".



Jakud Boratynski, Director de la DG GROW Comisión Europea

La agencia Spark designada por la Unión Europea (EU) para llevar a cabo este estudio hizo una presentación de este sobre el mapeo y la evaluación de la evolución de las profesiones sectoriales en el marco de la Directiva 2005/36/CE, concretamente de Matrona. Posteriormente, se dio paso a Presentaciones de los ponentes y mesa redonda: Impacto de los avances científicos y técnicos en la formación profesional de las Matronas a la luz de los resultados preliminares del estudio, con la participación de la Prof. Viktoria Vivilaki, presidenta de la Asociación Europea de Matronas (EMA), quien se circunscribió a "El papel de las tecnologías digitales en la partería moderna". A continuación, Danuta Czarnecka, experta del Departamento de Organización Universitaria, Educación y Asuntos Estudiantiles del Ministerio de Ciencia y Educación Superior (Polonia), participó con la presentación titulada "Marco normativo y estándares de formación para la obstetricia en Polonia"; la Prof. Dra. Lea Beckmann, vicepresidenta para Educación de la Asociación Alemana de Obstetricia (Alemania), habló del "Fortalecimiento de la obstetricia: promoción de la continuidad de la atención y el empoderamiento en toda la UE". Después el profesor de Obstetricia en la Universidad de Luxemburgo, Ali Ghanchi, se centró en "El papel de las Matronas en la salud pública y la prevención en Francia: Una perspectiva desde las bases". Por último, intervino Daniela Drandic, relaciones y comunicaciones de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la cual se centró en la importancia de la Matrona en "Salud Pública y Prevención".

En la segunda parte de la jornada se establecieron las sesiones de trabajo dividiendo a los asistentes en tres grupos bajo la pregunta: Avances científicos y técnicos: ¿necesidad de actualizar la formación mínima armonizada de la UE? ¿Qué es posible dentro de los límites del poder delegado de la Comisión en virtud de la Directiva 2005/36/CE?

Grupo 1 Avances científicos: enfoque en 1) Atención integral de partería (Salud mental; Atención respetuosa y para necesidades especiales); 2) Métodos de educación y formación de partería (Práctica basada en la evidencia e investigación; Habilidades inter/multidisciplinarias y blandas); y 3) Promoción, prevención y control de la salud (Salud pública).

Grupo 2 Avances científicos: enfoque en 1) Ginecología y reproducción (Atención ginecológica; Salud y derechos sexuales y reproductivos); 2) Obstetricia y parto (Obstetricia); y 3) Salud neonatal y pediátrica (Neonatología y recién nacidos de alto riesgo).

Grupo 3 Avances técnicos: enfocados en Salud digital (E-health y tecnologías digitales).

Para más información:

<https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2024/11/INFONOVEMBRE-2024-1.pdf>

La AEM reclama al Colegio de Córdoba

El Colegio de Enfermería de Córdoba recientemente puso en marcha una nueva campaña de visibilización de la profesión a través de las ondas radiofónicas, en un nuevo espacio de radio en el que profesionales cordobeses dieran a conocer a los ciudadanos lo que les pueden aportar las enfermeras a lo largo de la vida.

La polémica se ha suscitado cuando, en el 1^{er} episodio titulado *La importancia de la enfermera durante la gestación: cuidados prenatales, controles y seguimiento*, omitían mencionar que el profesional capacitado formativo y competencialmente para esta asistencia en el sistema nacional de salud (SNS) español es la Matrona y citaban a la enfermera. Desde la AEM, dirigimos a la Presidenta del citado colegio nuestra protesta por el hecho deliberado e intencionado, a juicio de la AEM, de obviar el término Matrona en su comunicación, y que "veladamente" defiendan que enfermeras generalistas, sobre todo en la comunidad andaluza, ejerzan labores de Matrona en Atención Primaria (AP) que no les corresponden, con la complicidad de la inacción y permisividad de la Administración Sanitaria.

Nos consta que otras muchas organizaciones de representación de las Matronas, y Matronas de forma particular, respondieron ante esta iniciativa "engañosa" siempre bajo nuestro criterio, que perjudica seriamente al colectivo de Matronas, equivoca a la sociedad y pone en tela de juicio la función deontológica de la organización colegial cordobesa, atribución legal, recogida en la Ley de Colegios Profesionales: *"Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los*

derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial".

En el enlace de a continuación se recoge la carta dirigida al Colegio de Enfermería de Córdoba:

https://codae.enfermeria21.com/wp-content/uploads/ceditorial/matronas/articulos/123/CARTA_COLEGIO_ENF_CORDOBA.pdf

La respuesta, en forma de nota aclaratoria, dada la lluvia de protestas recibidas como ya mencionamos, nos pareció, al menos a la AEM, "un brindis al sol", porque en el Episodio 2, titulado "Nacimiento y cuidados post-parto", empezaba la locución: "Queremos resalta la importancia que tiene las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología en esta etapa" (y de igual manera lo largo de toda la locución), cuando la denominación oficial de nuestro título es Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona), término este último inseparable en nuestro título, porque es por el que nos reconoce la sociedad y el ámbito académico mundial, como ya le explicamos en la reclamación a la Presidenta, con motivo de esta iniciativa.

No nos vale de excusa haber emprendido acciones por y con Matronas desde ese colegio, porque lo cierto es que es una especialidad activa y con muchos conflictos que la representación colegial tiene que canalizar, exactamente igual que en el caso del resto de los colegiados si así fuera necesario. La respuesta del Colegio de Córdoba se puede descargar en el siguiente enlace:

https://codae.enfermeria21.com/wp-content/uploads/ceditorial/matronas/articulos/123/nota_aclaratoria_colegio_cordoba.pdf

Reclamación al Ministerio de Sanidad por el error en la expedición de los títulos de Matrona

La Asociación Española de Matrona (AEM) a inicios de este año recibió varias consultas sobre el cambio de denominación en los títulos de Matrona, cosa que desconocía por razones obvias hasta ese momento y que la obligó, dado que no había habido cambios legislativos que afectaran a la actual denominación, a averiguar el origen del error y exigir la reparación inmediata. Lo cierto es que en las pesquisas previas pudimos averiguar que desde los tres años anteriores (2021) se transfirió la expedición de los títulos de Matrona del Ministerio de Educación al de Sanidad y desde ese preciso instante, los títulos expedidos por este organismo son erróneos dado que no figura en ellos la palabra Matrona.

El vaivén legislativo al que se ha sometido a las matronas tiene su origen fundamentalmente en el Decreto de 4 de diciembre de 1953, todos los títulos anteriores tenían la denominación exclusiva de Matrona (Imagen 1) como profesión independiente que era. Por el citado Decreto, se unificaron los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios creando la figura de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y se otorgó al Ministerio de Educación y Ciencia para autorizar la creación de las Especialidades que se conside-

rasen convenientes y expedir los respectivos Diplomas. De conformidad con este Decreto, se publicó un nuevo Decreto, el del 18 de enero de 1957, por el que se establecía la especialización de Matronas para los ATS femeninos y la que fue profesión, la de Matrona, pasó a ser una especialidad enfermera bajo la denominación de Especialización de Asistencia Obstétrica (Matrona) (Imagen 2).

Posteriormente, al integrarse los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería por Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizó por Orden de 9 de octubre de 1980 (Imagen 3) a los Diplomados en Enfermería a que cursasen las Especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios hasta la emisión del Real Decreto 992/1987 por el que se regulaba la obtención del título de enfermero especialista y se creaban las siete especialidades enfermeras, aunque algunas de las cuales nunca se desarrollaron y el resto tardó muchos años en hacerlo, menos la denominada oficialmente en ese RD como Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) (Imagen 4).



Imagen 1. Título Matrona, 1922. Expedido por el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Fuente: imagen cedida por Elena Fdez., Matrona, bisnieta de Dña. Dionisia



Imagen 2. Diploma de Asistencia Obstétrica (Matrona) 1975. Real Decreto de 18 de enero de 1957. Expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia



Imagen 3. Diploma de Asistencia Obstétrica (Matrona), 1984. Orden de 9 de octubre de 1980. Expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia



Imagen 4. Título Oficial de Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), 1995. Real Decreto 992/1987. Expedido por el Ministerio de Educación

Pasado el tiempo, y con solo las especialidades de Matrona y Salud Mental desarrolladas, y tras la entrada en vigor de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que abordaba en su título II una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, se determinó la necesidad de proceder a una nueva regulación reglamentaria de estas, incluyendo las especialidades de Enfermería, y de los órganos de apoyo a la formación especializada, para adecuar todo ello a la nueva norma legal. Tal regulación se hizo por Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, como preveía el artículo 16 de la citada ley; posteriormente, este fue sustituido por el Real Decreto 183/2008 de 8 febrero, al haber aplicado una disposición derogatoria (1.8) sobre el previo RD (Imagen 5), se mantenía sin cambios en ambos la denominación oficial anterior: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Tras esta reforma legislativa nacional no ha habido ninguna otra que haya cambiado la denominación, aunque los títulos emitidos en los últimos cuatro años por el Ministerio de Sanidad parecieran indicar que así ha sido, cuando se trata solo de un error por faltar la palabra (Matrona).

Desde la AEM, hemos tenido la curiosidad de confirmar lo que sabíamos, releyendo la primera directiva comunitaria sobre Matronas (80/155/CEE), documento original disponi-

ble en 22 de las 24 lenguas oficiales (en croata e irlandés no existe documento de esta directiva), y hay una sola palabra común partera/Matrona: *midwife* (inglés), *sage-femme* (francés), *hebamme* (alemán), *jordemoder* (danés), *ostetrica* (italiano), *barmorska* (sueco), *kättilön* (finés), *babic* (esloveno), *pôrodných asistentiek* (eslovaco), *moaşă* (rumano), *parteira* (portugués), *położne* (polaco), *verloskundige* (neerlandés), *qwiebel* (maltés), *szülésznők* (húngaro), *akušeriy* (lituano), *vecmātes* (letón), *μαίας* (griego), *ämmaemand* (estonio), *porodní asistentka* (checo), *акушерка* (búlgaro) y en el texto en español se tradujo como Matrona o Asistente Obstétrico, dado que esa era la denominación del título de especialista desde 1957 hasta 1987.

En el resto del mundo, la de Matrona es mayoritariamente una profesión con carrera de acceso directo, no una especialidad enfermera, y el término *Matrona* también es su denominador común.

En consecuencia, se procedió a dirigir desde la AEM en enero 2024 una carta a la Directora General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Dña. Celia Gómez González, con el requerimiento de una explicación al motivo de la expedición incorrecta de los títulos de Matrona de los tres años anteriores (Imagen 6), solicitando a la vez que, de forma inmediata, volvieran a expedir los títulos erróneamente impresos.



Imagen 5. Título Oficial de Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), 2010. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril. Expedido por el Ministerio de Educación



Imagen 6. Título Oficial de Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (obsérvese que falta el término Matrona) 2024. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril. Expedido por el Ministerio de Sanidad

La Presidenta de la Asociación Española de Matronas, actual Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Rosa M^a Plata, llevó, junto con la Vicepresidenta de esta Comisión, M^a Jesús Gutiérrez Martín, este asunto entre otros, a la reunión mantenida el 12 junio 2024 con la citada Directora General de Ordenación Profesional, quien dijo desconocer el problema aludido y tras la nueva comunicación personal argumentó, por salir al paso, cambios normativos que no supo explicar dado que no han existido tal como le aseguraron sus interlocutoras, demostrando su ignorancia absoluta sobre el asunto, su desinterés y un intento vano de capear la situación.

En esta reunión se le urgió por el cambio de los títulos anteriormente expedidos de forma incorrecta y que los del

año en curso (2024) fueran correctos, sin que haya servido para nada porque parece que se dieron prisa en la emisión y nuevamente han sido impresos de forma defectuosa.

Actualmente, ni la AEM ni la propia Comisión Nacional de la Especialidad han recibido explicaciones de los motivos de esta incidencia, algo que denota la falta de interés y consideración hacia ambas instituciones.

Haciendo indagaciones, la AEM ha averiguado que esta situación se debe a un problema informático que no permite incluir los caracteres (), entre los que se coloca la palabra *Matrona* que lleva la denominación oficial del título actual: Título oficial de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).



**LÍDER EN FORMACIÓN
ESPECIALIZADA PARA
ENFERMERÍA**

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

CURSOS DESTACADOS:

- Cuidados en cirugía menor para Enfermería: heridas y suturas
- Enfermería Comunitaria: cuidados para mantener la salud
- Patologías frecuentes en la consulta de Enfermería
- Actuación en vacunas para enfermeras/os
- Detección y prevención de la Violencia de género
- Comunicación terapéutica en Enfermería

 **DAE**
FORMACIÓN

www.daeformacion.com

