



Universidad
de Valparaíso
CHILE

ISSN: 2452-5820

REVISTA  MATRONERÍA
ACTUAL
Nº1, Agosto 2020

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura



Año 1, 2020, Nro. 1
Revista Cuatrimestral con Publicación Continua
Agosto a Diciembre 2020

ISSN: 2452-5820

Contemporary Midwifery Journal
Quarterly Journal with Continuous Publication
Nº 1 (2020)

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

Revista Matronería Actual

Contemporary Midwifery Journal

ISSN: 2452-5820

Nº1 (2020)

Contacto | Contact: revista.matroneria@uv.cl
Sitio Web | Web Site: <https://revistamatroneria.cl>

Comité Editorial | Editorial Committee:

Directora | Director:

Ingrid Vargas Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Editora en Jefe | Editor in Chief:

Paula Oyarzún Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)

Equipo Editorial | Editorial Board:

Claudia Gutiérrez Mella (Universidad de Valparaíso, Chile)

Nicole Iturrieta-Guaita (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ivan Montenegro Venegas (Universidad de Valparaíso, Chile)

Paula Oyarzún Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ana María Silva Dreyer (Universidad de Valparaíso, Chile)

María A. Silva Muñoz (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ingrid Vargas Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Comité Científico | Scientific Committee:

Mercedes Carrasco Portiño (Universidad de Concepción, Chile)

Paola Casanello Toledo (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile)

Horacio Croxatto Avoni (Universidad Andrés Bello, Chile)

Francisco Esteban Bara (Universitat de Barcelona, España)

Jorge Fabres Biggs (Universidad Católica de Chile, Chile)

Patricio Godoy Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)

Paulina López Orellana (Universidad de Valparaíso, hasta 2019)

Teodor Mellen Vinagre (Universitat de Barcelona, España)

Antonio Salvado García (Clínica Universitaria de Puerto Montt, Chile)

Sebastián San Martín Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Asistente Técnico | Technical Assistant:

Rodrigo Castro Reyes (Universidad de Valparaíso, Chile)

Maquetación | Modeling:

Cristian Carreño León (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revisores | Reviewers:

Mercedes Arenas Jara (Universidad de Talca, Chile)

Angela Aldea Tejo (U. San Sebastián Concepción, Chile)

Bernardita Baeza Weinmann (Universidad de la Frontera, Chile)

Rebeca Correa Del Rio (Universidad de la Frontera, Chile)

Marcela Díaz Navarrete (Universidad de Chile, Chile)

Anna Escofet Roig (Universidad de Barcelona, España)

Cristhel Fagerström Sade (U. San Sebastián Santiago, Chile)

Cecilia Fredes Ortíz (U. San Sebastián Patagonia, Chile)

Nicolás Fuster Sánchez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Karla Gambetta Tessina (Universidad de Talca, Chile)

Patricio Godoy Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)

Marcela González Aguero (Universidad Católica de Chile, Chile)

Francisca Herrera Ponce (Hospital Dr. Gustavo Fricke, Chile)

Gonzalo Infante Grandón (Universidad de la Frontera, Chile)

Alejandro Madrid Villegas (Universidad de Playa Ancha, Chile)

Alberto Moreno-Doña (Universidad de Valparaíso, Chile)

Maribel Muñoz Molina (Universidad de La Frontera, Chile)

Augusto Obando Cid (Universidad de La Frontera, Chile)

Jovita Ortiz Contreras (Universidad de Chile, Chile)

Francisco Pantoja Molina (Universidad de Valparaíso, Chile)

Mario Parraga San Román (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ruth Prieto Gómez (Universidad de La Frontera, Chile)

Marianella Quiro Puentes (Clínica Valparaíso, Chile)

Leonardo Reyes Torres (Universidad de Atacama, Chile)

Pamela Rivero Bravo (Ministerio de Salud, Chile)

José Sanchez Rodríguez (Universidad Arturo Prat)

David San Martín Roldán (Universidad de Valparaíso, Chile)

Sebastián San Martín Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ingrid Sepúlveda Canales (Universidad de Valparaíso, Chile)

Mario Vergara Díaz (Hospital Carlos Van Buren, Chile)

Joan Villena García (Universidad de Valparaíso, Chile)

Jenny Zarate Mesa (Hospital Dr. Gustavo Fricke, Chile)

Correctores de Texto | Text Correctors:

Gonzalo Battocchio García (Universidad de Valparaíso, Chile)

Estefania Cruz Navea (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revista Matronería Actual es distribuida bajo licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Contemporary Midwifery Journal is licensed under a Creative Commons:

Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License



Paula Oyarzún Andrades

Directora Escuela de Obstetricia y Puericultura
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Agosto de 2020

Estimadas/os lectores:

La Matronería ha recorrido un largo y sinuoso camino desde los albores de la humanidad, siendo uno de los oficios más antiguos descritos, mezclando en su actuar las ciencias, artes y humanidades. La profesionalización de la Obstetricia y Puericultura se da en Chile a comienzos del siglo XIX, proporcionando una larga y exitosa trayectoria profesional que se evidencia a través de las mejoras sustanciales en la calidad de vida de las personas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, perinatal y ginecológica de nuestra población. Son múltiples las experiencias en materia de salud, gestión y liderazgo, educación e investigación que esta profesión ha desarrollado en las últimas décadas.

Nuestra **Revista Matronería Actual** nace como el primer proyecto de publicación científico- humanista en Chile, que busca reconocer la herencia de vocación, esfuerzo y visión de nuestra profesión; acogiendo trabajos inéditos de la disciplina (artículos originales, reflexiones, opiniones, casos clínicos) y complementando nuestros saberes de manera transdisciplinar con otras profesiones del ámbito de las humanidades, artes y ciencias, que aportan al quehacer desde una mirada integral, inclusiva y humanizadora.

De esta manera, la revista pretende ser un referente nacional e internacional de los avances y desafíos de la matronería, invitando a sus lectores a suscribirse gratuitamente en su página web (<https://revistamatroneria.cl>) y así poder acceder a todos sus ejemplares, también motivarse a publicar sus experiencias profesionales inéditas.

Para **Matronería Actual** la calidad y compromiso en la atención a nuestros autores y lectores es una prioridad. En este contexto contamos con una prolífica evaluación por pares, cada trabajo aceptado es revisado y analizado cuidadosamente por nuestro equipo editorial, hasta cumplir con los estándares editoriales exigidos para revistas de alto impacto, puesto que aspira a indexarse en los plazos estipulados. Esperamos que disfruten nuestro 1er número que aporta diversos temas sobre salud sexual y reproductiva, salud neonatal y de Educación Superior, entre otros.

Finalmente, solo me queda agradecer a las personas que confiaron y contribuyeron para que esta revista tan anhelada por nuestra comunidad fuera una realidad; a la Dirección de Bibliotecas de la Universidad de Valparaíso, al equipo editorial de **Matronería Actual**, los revisores, correctores de textos, sus lectores y suscriptores, pero por sobre todo a las/os autores, quienes con su valioso legado permiten dar continuidad, renombre, calidad y éxito a esta revista.

Reciban un afectuoso saludo.

Tabla de Contenidos
Table of Content

- | | |
|--|---------|
| 1. Prevalencia de etiologías del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido. Perfil materno y neonatal en centro Neonatal.
<i>Prevalence of Newborn Respiratory Distress Syndrome etiologies. Maternal and neonatal profile in the Neonatal Center.....</i> | 7 - 16 |
| 2. Percepción de estudiantes de tercer año de la carrera de obstetricia de la Universidad San Sebastián sobre el escenario simulado “ eritroférésis neonatal”.
<i>Perception of third-year midwifery career students of San Sebastian University about the “neonatal erythropheresis” simulated scenario.....</i> | 17 - 26 |
| 3. Adherencia al examen de Papanicolau en funcionarias no académicas de la Universidad de Valparaíso, Chile.
<i>Adherence to the Pap test in non-academic employees at the University of Valparaiso, Chile.....</i> | 27 - 34 |
| 4. Horizontes para una Matronería Comunitaria
Tensiones y oportunidades para una praxis territorial.
<i>Horizons for a Community Midwifery
Tensions and opportunities for a territorial praxis.....</i> | 35 - 41 |
| 5. Unidad Clínico Forense: Experiencias y percepciones del equipo de salud respecto a su implementación en el hospital Gustavo Fricke.
<i>Clinical Forensic Unit: Experiences and perceptions of the healthcare team regarding its implementation at the Gustavo Fricke Hospital.....</i> | 42 - 50 |
| 6. Especificidades, prioridades y desafíos para el rol de la Matrona, Matrón, en contexto de pandemia por COVID-19.
<i>Specificities, Priorities and Challenges for the Role of the Midwives, in the Context of a COVID-19 Pandemic.....</i> | 51 - 57 |

Prevalencia de etiologías del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido. Perfil materno y neonatal en centro Neonatal

Prevalence of Newborn Respiratory Distress Syndrome etiologies. Maternal and neonatal profile in the Neonatal Center

Marcela Díaz Navarrete¹, Carolina Ramírez Álvarez², Fernanda Vergara Berriós³.

¹Matrona, Directora Dpto. de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Matrona. Dpto. de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Matrona. Centro de Salud Familiar El Manzano. Servicio de Salud Metropolitano. Santiago. Chile.

*Autor para correspondencia: mdiaz@uchile.com

RECIBIDO: 27 de Mayo de 2020  APROBADO: 11 de Agosto de 2000

DOI: 10.22370/rev.mat.1.2020.2247

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Síndrome de Dificultad Respiratoria, etiologías, estudio de prevalencia.

Key words: Respiratory Distress Syndrome, etiologies, prevalence study.

RESUMEN

Antecedentes: el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) en neonatos, es causado por variadas etiologías y tiene una prevalencia histórica de 1%. No existen datos actualizados respecto a la prevalencia del SDR en Chile ni el porcentaje atribuible a cada etiología.

Objetivo: determinar la prevalencia de las etiologías del SDR y las características maternas y neonatales de los recién nacidos (RN) que cursaron SDR en un Hospital de Alta Complejidad Neonatal, año 2014.

Material y método: estudio descriptivo de prevalencia. Se analizaron fichas clínicas de RN que cursaron SDR. Se trabajó con el universo de los RN equivalente a 141.

Resultados: la prevalencia del SDR correspondió al 2,7%, siendo la Taquipnea Transitoria la etiología más frecuente (58,2%). Dentro de las características maternas destaca la edad con una mediana de 27 años; chilenas 72,3%, dueña de casa 38,3% y estado nutricional sobre peso y obesidad en un 58,6%.

El tipo de parto más frecuente fue la cesárea con un 69,5%. Las características neonatales más relevantes son el sexo masculino, edad gestacional entre 34 y 36 semanas y una mediana de 17 días de hospitalización. La principal complicación asociada fue Ductus Arteriosus Persistente y resolución del cuadro fue 62,4% neonato de alta sano versus un 27,6% con alguna patología. El síndrome se asocia a una letalidad de 3,2% siendo la principal etiología involucrada la Enfermedad de Membrana Hialina.

Conclusión: existe casi una triplicación en la prevalencia del SDR, siendo la etiología más frecuente la Taquipnea Transitoria.

ABSTRACT

Background: Respiratory Distress Syndrome (RDS) of the newborn is caused by various etiologies and has an historical prevalence of 1%. Nevertheless there is no current data on either the SDR prevalence in Chile or

the percentage attributable to each etiology nor characterizing the neonatal symptoms and the maternal characteristics.

Objective: to determine the prevalence of RDS etiologies plus the maternal and neonatal features of the newborns hospitalized with the diagnosis RDS in a Hospital with High Neonatal Complexity during 2014.

Methods: descriptive study of prevalence. The medical records of prevalence RN who studied with RDS were analyzed. We worked with the universe equivalent to 141 RN.

Results: the prevalence of SDR corresponds to 2,7%, the Transient tachypnea most common cause with 58,2%. Inside features include maternal age with a median of 27 years; Chilean 72,3%, 38,3% housewife and nutritional status overweight and obesity in 58,6%. The most common type of delivery is cesarean 69,5%. The most important features are neonatal males, gestational age between 34 and 36 weeks and a median of 17 days of hospitalization. The main complication was associated Ductus Arteriosus Persistent and resolution of syndrome was 62,4% healthy newborn discharge versus 27,6% with some pathology. The syndrome is associated with a death rate of 3,2% is the main etiology involved Hyaline Membrane Disease.

Conclusion: there is almost a threefold increase in the prevalence of RDS, the most common cause Transient tachypnea.

INTRODUCCION

La transición a la vida extrauterina está determinada por una serie de cambios fisiológicos, los cuales involucran complejos mecanismos de homeostasis y maduración de sistemas (1), los más importantes se producen a nivel respiratorio y circulatorio, representando un período de mayor vulnerabilidad y en donde existen más probabilidades de presentar complicaciones, enfermar o morir (1).

Entre las complicaciones más frecuentes está el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR). Este se caracteriza por presentar: taquipnea, cianosis, quejido, retracción subcostal y grados variables de compromiso de la oxigenación neonatal (2), teniendo variadas etiologías, siendo las de mayor frecuencia la Enfermedad de Membrana Hialina (EMH), Bronconeumonía (BNM), Síndrome Aspirativo Meconial (SAM) y Taquipnea Transitoria (TT) y en una menor

frecuencia malformaciones de las vías aéreas y pulmonares, presencia de rupturas alveolares con Neumotórax, Hernia Diafragmática Congénita (HDC), Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) y otros trastornos como son la hipoglicemia, acidosis metabólica, anemia severa, poliglobulia, alteraciones del sistema nervioso central, cardiopatía congénita, entre otras (3).

La mortalidad en recién nacidos (RN) vivos por causas respiratorias no asociada a prematuridad, corresponde entre un 10% a 15% de la mortalidad neonatal, es decir, entre 120 a 180 muertes por año (2). Además, las afecciones respiratorias conllevan variadas complicaciones tales como, la ruptura alveolar con neumotórax o neumomediastino, septicemia, hemorragia pulmonar, apnea, hemorragia intracraniana, Displasia Broncopulmonar, Retinopatía del Prematuro, entre otras (4).

Según cifras aportadas por The National Neonatal Perinatal Database Network, cerca del 6% al 10% de los neonatos sufren enfermedad respiratoria a causa de neumonía, Síndrome Aspirativo Meconial, Síndrome de Dificultad Respiratoria y Apnea (5). En Chile según estadísticas del año 2011 entregadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, hubo un total de 248.879 recién nacidos vivos (6) y se señala que: "El SDR, con sus distintas etiologías, afecta a un 1,0 % de los nacidos vivos" (Guía Clínica GES Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido). Además, se estima que los niños con SDR representan alrededor de un 7 a 10% de los ingresos a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (3).

Una de las patologías de mayor impacto en las unidades de neonatología es la Enfermedad de Membrana Hialina, causada por la ausencia o déficit de surfactante pulmonar (6). Dentro de los principales factores de riesgo es la menor edad gestacional, por lo que es necesario administrar glucocorticoïdes antes de las 34 semanas, disminuyendo el riesgo de EMH o su gravedad (7). Se ha observado que los neonatos pretérmino tardíos que tienen antecedente de diabetes materna, tienen mayor probabilidad de presentar EMH (8-9). Por otro lado, el nacer por cesárea sin trabajo de parto, aumenta el riesgo 3,5 veces más respecto de los neonatos que nacen por parto normal (10).

La Taquipnea Transitoria, es una patología de carácter benigna, autolimitada, más frecuente en RN de término y pretérminos tardíos de 34 - 36 semanas (11-12) y generalmente es la causa más frecuente de SDR, está asociada a la persistencia del líquido pulmonar después de nacer (13). La cesárea sin trabajo de parto, es considerada uno de los principales factores de riesgo, ya que los estímulos hormonales fetales y neonatales tales como el cortisol, catecolaminas y vasopresinas que favorecen la reabsorción del líquido pulmonar están disminuidos (14).

La Bronconeumonía, se define como una infección del tracto respiratorio a consecuencia de infecciones connatales o infecciones nosocomiales (2), siendo factor de riesgo para esta la infección vaginal (15) y la rotura de membranas prolongada, ya que el riesgo de infección aumenta proporcionalmente con la duración del período de latencia (16), para la cual la administración de profilaxis antibiótica es fundamental (7).

El Síndrome Aspirativo Meconial, cuadro que se produce secundario a la aspiración de meconio en la vía aérea, pudiendo ocurrir antes o durante el nacimiento (2). La expulsión de meconio se da por un incremento de la peristalsis y la relajación del esfínter anal, en respuesta a un aumento del estímulo vagal durante las compresiones del cordón umbilical o durante la hipoxia, en el cual el tono simpático aumenta (17). El SAM está asociado a edades más tardías (18), registrándose una prevalencia de 0,43 por 1000 nacidos vivos, en el cual un 34% de estos son mayores de 40 semanas de edad gestacional (19). Otro factor de riesgo es la presencia de oligohidramnios, ya que aumenta la probabilidad de compresiones de cordón (20), también los partos distóxicos en que se expone al feto a mayor riesgo de hipoxia anteparto e intra-parto y a una disminución del flujo placentario (21). Además, la listeriosis congénita se ha asociado como factor de riesgo en recién nacidos menores de 36 semanas (11).

La Hipertensión Arterial Pulmonar, se caracteriza por un incremento de la reactividad vasoconstrictora vascular y un aumento de la capa muscular de la pared arterial pulmonar (22), lo que se traduce en una reducción del lumen vascular, aumento de la resistencia vascular pulmonar y de la presión de la arteria pulmonar por sobre los 25 mmHg (23), favoreciendo una hipoxemia severa por persistencia de

shunts de derecha a izquierda, entre otros mecanismos (24). Las causas de esta patología no son del todo conocidas, pero se asocia a varias posibles etiologías (22), asociadas a eventos como hipoxia crónica intrauterina y asfixia en un 43,7%, o a complicaciones agudas como hipotermia severa e hipoglicemias; también puede ser secundario a otras etiologías del SDR, como por ejemplo, aspiración de meconio en un 50%, sepsis por Estreptococo Grupo B en un 31,3% y EMH en un 18,8% (25).

Finalmente, se describe que los RN de sexo masculino que presentaron SDR corresponden a un 65,4% versus el sexo femenino en un 34,6%. Además, la morbilidad y mortalidad del SDR en RN varones es más alta que en RN femeninos (26).

No existen datos actuales con respecto a la prevalencia del SDR en Chile, ni del porcentaje atribuible a cada etiología, ni estudios en los que se caracterice a los RN y sus madres según caracterización sociodemográfica propia del país. Si bien existe conocimiento de los diferentes factores y marcadores de riesgo pre y postnatales en el desarrollo del SDR, en este estudio se busca evidenciarlos, incluyendo además las características maternas y de los RN que presentan este cuadro, por lo que el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de las etiologías del SDR del RN y las características maternas y neonatales de recién nacidos hospitalizados que cursaron con Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago Chile, durante el año 2014, contribuyendo en el conocimiento de los principales factores relacionados a las distintas etiologías del SDR, para promover el desarrollo de estrategias enfocadas en la prevención primaria en la atención de las gestantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de prevalencia. El objetivo principal fue determinar la prevalencia de SDR del RN y cada una de sus etiologías, caracterizar a los neonatos con SDR y a sus madres según sus características obstétricas y sociodemográficas.

Sujetos de estudio:

Se incluyó a neonatos que desarrollaron SDR, nacidos y hospitalizados en la unidad de Neonatología del Hospital San Borja Arriarán durante el año

2014. En total se analizaron 141 fichas clínicas de RN y fichas perinatales maternas. Se excluyeron a 8 RN puesto que ingresaron a la Unidad de Neonatología desde otros centros hospitalarios sin tener todos los registros necesarios para nuestro estudio. Según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Hospital San Borja Arriarán, en el año 2014 hubo un total de 5.228 RN nacidos vivos.

Variables:

Dentro de las etiologías del SDR se consideró: Enfermedad de Membrana Hialina, Bronconeumonía, Síndrome Aspirativo Meconial, Taquipnea Transitoria, Hernia Diafragmática Congénita, Hipertensión Arterial Pulmonar entre otras, de acuerdo al diagnóstico médico registrado en ficha clínica según criterio diagnóstico de la Guía Clínica GES Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido.

Las madres de los RN se caracterizaron según las siguientes variables, siendo cuantitativa edad y las variables cualitativas son las siguientes: estado civil, nivel educacional, comuna de residencia, nacionalidad, previsión de salud y ocupación, antecedentes personales de patologías maternas (diabetes, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial sistémica, cardiopatía, entre otras), historia obstétrica (gestas, partos y abortos), número de fetos en el embarazo actual, patologías relacionadas con la gestación (preeclampsia, eclampsia, HELLP, diabetes gestacional, infecciones urinarias, corioamnionitis, colestasia intrahepática del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), oligohidramnios, amenaza parto pretérmino, desproporción céfalo pélvica, anemia, rotura prematura de membranas (RPM), placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta). Estado nutricional (bajo peso, normal, sobre peso, obesidad), hábitos (tabaco, alcohol y drogas). Hospitalización en Alto Riesgo, tipo de ruptura de membranas, tiempo de membranas rotas (intervalos), características del líquido amniótico, administración de corticoterapia y profilaxis antibiótica para Streptococo Grupo B, presencia de trabajo de parto y tipo de parto.

Se caracterizó a los neonatos con SDR según las siguientes variables, siendo las cuantitativas: edad gestacional pediátrica, peso y talla, administración de corticoterapia, esquema administrado de surfactante, drogas vasoactivas y frecuencia de esquema tratamiento para Ductus Arteriosus Persistente

(DAP) y parámetros cardiorrespiratorios. Días de tratamiento para apneas, tratamiento con antibióticos, oxigenoterapia y de hospitalización. Las variables cualitativas fueron las siguientes: sexo, Apgar, clasificación según edad gestacional y peso, necesidad de maniobras de reanimación y asfixia perinatal, momento de ocurrencia del SDR, administración de fármacos (surfactante exógeno, antibióticos, drogas vasoactivas, Sildenafil, óxido nítrico inhalatorio). Tratamiento farmacológico para apneas y DAP. Necesidad de oxigenoterapia, modalidad de soporte ventilatorio, complicaciones asociadas al SDR como DAP, neumotórax por ruptura alveolar, septicemia, hemorragia pulmonar, apnea, hemorragia intracraniana, retinopatía del prematuro y displasia broncopulmonar (DBP) de acuerdo al diagnóstico médico registrado en ficha clínica según criterio diagnóstico de guías clínicas y resolución de la condición neonatal (sano, enfermo, trasladado o fallecido).

Evaluación:

Se revisó el libro de ingresos de la Unidad de Neonatología comprendiendo el período 1 de Enero 2014 hasta 31 Diciembre de 2014, obteniéndose el número de ficha clínica de los RN con el diagnóstico de SDR. La recopilación de los datos fue mediante el análisis de las fichas clínicas por las propias investigadoras. El instrumento de recolección de datos fue una planilla previamente codificada con las variables estudiadas.

Registro de información y análisis estadístico:

Los datos obtenidos en el instrumento de recolección de datos fueron recopilados en una planilla Excel, en donde se calculó para las variables cualitativas frecuencia y porcentaje y para variables cuantitativas la media, moda, mediana, desviación estándar y rango utilizando el paquete estadístico STATA 12.0.

Limitaciones:

Las limitaciones fueron los sesgos de información, debido a la ilegibilidad de la ficha clínica y la omisión, es por esto que las variables que superaron el 35% de omisión, no fueron incluidas en los resultados. Además, no se pudieron obtener 29 fichas clínicas de neonatos con el diagnóstico de SDR descrito en el libro de ingresos de la Unidad de Neonatología puesto que estaban bajo auditoría.

Consideraciones éticas:

Se consideró los principios de beneficencia y de no maleficencia. Este estudio no transgrede los derechos individuales de los participantes, puesto que se resguarda su identidad ya que a cada ficha se le asignó un código para asegurar la confidencialidad del dato. Este protocolo fue presentado a las autoridades del Hospital quienes autorizaron la revisión de las unidades de análisis.

RESULTADOS

La prevalencia del SDR en este centro Hospitalario correspondió a un 2,7%.

Respecto a las características maternas destacó una mediana de edad de 27 años con un rango de 15 - 43 años y desviación estándar de 6,34. Con respecto a las características sociodemográficas, un 35,46% presenta enseñanza media completa seguido de un 12,06% de media incompleta. La ocupación corresponde a un 38,3% dueña de casa y un 25,53% activa. Un 32,6% convivía, mientras que las casadas un 14,18%; respecto de la previsión social un 53,9% de las mujeres presentaban una previsión FONASA A y B. En relación a la comuna de residencia un 46,1% residía en Maipú y un 24,82% en Santiago, la nacionalidad correspondía un 72,34% chilena y 11,35% a extranjeras. El estado nutricional, el sobrepeso y la obesidad se presentó en un 58,16%. Por otro lado, respecto de los hábitos tanto el alcohol, tabaco y drogas, fueron consumidos durante el embarazo en un 1,42%, 4,96% y 3,55% respectivamente. Finalmente, un 61,7% presentó algún episodio de hospitalización en la unidad de Alto Riesgo Obstétrico durante su embarazo, del total de las madres un 83% presentó alguna patología durante la gestación de las cuales las más prevalentes fueron RPM 16,1%, Amenaza de Parto Pretérmino 12,2%, Preeclampsia 12,2%, RCIU 11,1%, diabetes gestacional 7,2% e infecciones urinarias 6,1%.

Al analizar la historia obstétrica, las madres primigestas correspondían a un 37,59%, y un 25,53% secundigestas, un 43,3% eran nulíparas y un 19,9% presentó el antecedente de aborto. Con respecto al número de fetos en el embarazo actual un 84,39% presentó feto único, 2 fetos en un 13,48% y 3 fetos en un 2,13%.

Con respecto a los datos perinatales, el tipo de ruptura de membranas fue 56,03% intraoperatoria, rotura artificial 14,18% y rotura espontánea en un 28,37%; respecto a las horas de membranas rotas, el intervalo de menos de 6 horas presentó un 73,05% y mayor o igual a 24 horas un 16,31%; según protocolo del servicio hospitalario, a las 6 horas de membranas rotas comienza la administración de antibioticoterapia, por lo que, de las madres que tuvieron mayor o igual a 6 horas de membranas rotas el 81,3% recibió antibioticoterapia completa. El líquido amniótico tuvo como característica ser claro en un 84,4%, con meconio en un 9,22%, con sangre 4,96% y purulento en un 1,42%. El tipo de parto fue preferentemente vía alta, destacando que un 55,3% correspondió a cesárea de urgencia y un 14,2% cesárea electiva versus un 28,4% que fue por parto vaginal, independiente del tipo de parto un 61% no presentó trabajo de parto.

La mediana de edad gestacional correspondió a 34 semanas, con un rango de 25 - 41 semanas y desviación estándar de 3,61. Al analizar según rangos de edad, se observó que el 33,3% correspondían a recién nacidos pretérmino tardío (34 - 36 semanas), 22,7% fueron prematuros moderados (32 - 33 semanas), 18,4% fueron prematuros severos (28 - 31 semanas), 4,3% fueron prematuros extremos (menor de 28 semanas) y un 21,3% fueron considerados de término. La administración de corticoides prenatales hasta las 34 semanas de edad gestacional, se observó que un 72,4% recibió dosis completa, un 22,4% incompleta, y un 5,2% no recibió corticoterapia.

Respecto de las características neonatales, el sexo masculino representó el 52,5%, versus un 47,5% femenino, un 74,5% de los RN presentó una adaptación cardiorrespiratoria normal al minuto y un 94,3% a los cinco minutos. La mediana del peso fue de 2080 gramos con un rango de 451 - 4430 gramos y desviación estándar de 890,14; la mediana de la talla fue 44 centímetros con un rango de 27 - 53 centímetros y desviación estándar de 5,47. Clasificándose en un 63,8% como adecuado y 31,91% pequeño para la edad gestacional. Un 46,1% requirió algún tipo de intervención en reanimación neonatal y solo un 5% presentó asfixia perinatal. En relación al momento de ocurrencia de SDR, se presentó en un 97,87% al ingreso y un 2,13% durante su estadía hospitalaria.

La etiología más frecuente del SDR correspondió a la Taquipnea Transitoria con un 58,16% seguido de EMH con un 27,66%, BNM con 9,22% y SAM 2,13% (Figura N°1). De los RN afectados con EMH un 89,7% recibió administración de surfactante, de estos el 100% recibió surfactante de tipo natural, con una dosis cuya mediana fue de 4 ml con un rango de 4 - 15 ml y la cantidad de veces administrados corresponden a una mediana de 1 vez con un rango de 1 - 3 veces. Del total de RN un 72,3% recibió administración de antibióticos con una mediana de 7 días y rango de 1 - 23 días. Solo un 4,5% de los RN necesitó la administración de drogas vasoactivas, la cantidad de veces administradas corresponden a una mediana de 3 veces con un rango de 1 - 4 veces. Un 28,4% recibió tratamiento para apnea con una mediana de 15 días y rango de 1 - 73 días. Un 50% de los RN con DAP recibió tratamiento farmacológico para esta patología, y de estos neonatos tratados solo uno requirió resolución quirúrgica.

Un 84,4% tuvo la necesidad de oxigenoterapia, con una mediana de 3 días con rango de 1 a 104 días. Con respecto a los parámetros ventilatorios y cardiorrespiratorios (Tabla N°1), a las 6 y a las 24 horas de vida, la modalidad ventilatoria más frecuente fue CPAP con un 39,2% y 21,9%; con una mediana de fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) de 24% y 21% con un rango de 21 - 100%; la saturación de oxígeno (SatO_2) se presentó con una mediana de 96% en ambos períodos con un rango de 82% - 100% y 84% - 100% respectivamente. Con respecto a los 7 y 14 días de vida, la modalidad ventilatoria más frecuente fue naricera con un 18,2% y 22,4%, con una mediana de FiO_2 de 21% con un rango de 21-100% en ambos períodos; la SatO_2 se presentó con una mediana de 97% en ambos períodos con un rango de 89% - 100% y 90% - 100%. Al alta hospitalaria un 86,6% se fue sin soporte ventilatorio versus un 13,4% con naricera, con una mediana de FiO_2 de 21% con un rango de 21-100%; la SatO_2 se presentó con una mediana de 98% con un rango de 90% - 100%.

Con respecto a los días de hospitalización el rango fue de 1 - 104 días, con un promedio de 26,1, moda 7, mediana 17 y desviación estándar de 25,54. Un 43,3% presentó alguna complicación asociada al SDR, dentro de estas las que se presentaron en un mayor porcentaje fueron el DAP con un 25,9%, DBP con un 22,2% y hemorragia intracraneana 14,81%.

Finalmente, la resolución del cuadro fue en un 62,41% RN dados de alta con el diagnóstico de sanos, un 27,66% fue dado de alta con el diagnóstico de alguna patología asociada al SDR, un 3,55% de los recién nacidos fallecieron por causa asociada con el SDR y un 6,38% fue trasladado a otro hospital.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla N° 1. Parámetros cardiorrespiratorios y soporte ventilatorio/ Cardiorespiratory parameters and ventilatory support.

	Promedio	Moda	Mediana	Desv. estándar	Rango
Fracción inspirada de oxígeno a las 6 horas de vida del RN (%)	30,4	21	24	17,88	21-100
Fracción inspirada de oxígeno a las 24 horas de vida del RN (%)	27,42	21	21	13,9	21-100
Fracción inspirada de oxígeno a los 7 días de vida del RN (%)	23,57	21	21	11,75	21-100
Fracción inspirada de oxígeno a los 14 días de vida del RN (%)	23,86	21	21	13,09	21-100
Fracción inspirada de oxígeno al alta del RN (%)	22,38	21	21	7,937	21-100
	Promedio	Moda	Mediana	Desv. estándar	Rango
Saturación a las 6 horas de vida del RN (%)	95,97	98	96	2,79	82-100
Saturación a las 24 horas de vida del RN (%)	95,62	96	96	3,10	84-100
Saturación a los 7 días de vida del RN (%)	96,71	96	97	2,43	89-100
Saturación a los 14 días de vida del RN (%)	96,59	98	97	2,57	90-100
Saturación al alta del RN (%)	97,81	100	98	3,52	90-100

	Promedio	Moda	Mediana	Desv. estándar	Rango
Frecuencia cardíaca a las 6 horas de vida del RN (l/min)	142,26	150	142	14,34	100-180
Frecuencia cardíaca a las 24 horas de vida del RN (l/min)	142,57	150	142	13,48	109-182
Frecuencia cardíaca a los 7 días de vida del RN (l/min)	151,27	170	151,5	16,84	110-203
Frecuencia cardíaca a los 14 días de vida del RN (l/min)	154,25	154	153	14,22	122-195
Frecuencia cardíaca al alta del RN (l/min)	149,83	160	148	13,81	117-182
	Promedio	Moda	Mediana	Desv. estándar	Rango
Frecuencia respiratoria a las 6 horas de vida del RN (r/min)	58,32	60	56	10,24	32-86
Frecuencia respiratoria a las 24 horas de vida del RN (r/min)	60,15	60	59,5	11,72	32-96
Frecuencia respiratoria a los 7 días de vida del RN (r/min)	54,48	56	54	8,66	38-83
Frecuencia respiratoria a los 14 días de vida del RN (r/min)	54,17	60	53	9,47	38-83
Frecuencia respiratoria al alta del RN (r/min)	52	52	52	5,68	40-60
Modalidad ventilatoria a las 6 horas de vida del RN	(n=141)		%		
Ventilación Mecánica	13		10,00		
Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP)	51		39,23		
Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO)	4		3,08		
Incubadora	8		6,15		
Hood-Halo	1		0,77		
Naricera	14		10,77		
Sin soporte ventilatorio	39		30,00		

Modalidad ventilatoria a las 24 horas de vida del RN	(n=141)	%
Ventilación Mecánica	13	10,16
Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP)	28	21,88
Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO)	3	2,34
Incubadora	4	3,13
Hood-Halo	1	0,78
Naricera	17	13,28
Oxígeno a flujo libre	1	0,78
Sin soporte ventilatorio	69	47,66
Modalidad ventilatoria a los 7 días de vida del RN	(n=141)	%
Ventilación Mecánica	2	2,02
Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP)	6	6,06
Naricera	18	18,18
Oxígeno a flujo libre	1	1,01
Sin soporte	72	72,73
Modalidad ventilatoria a los 14 días de vida del RN	(n=141)	%
Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP)	3	3,95
Naricera	17	22,37
Oxígeno a flujo libre	1	1,32
Sin soporte	55	72,73
Modalidad ventilatoria al alta del RN	(n=127)	%
Naricera	17	13,39
Sin soporte	110	86,61

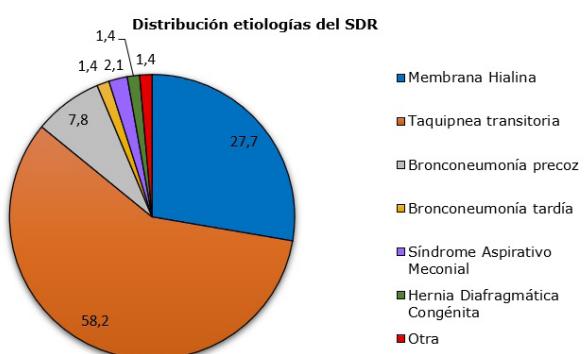


Figura N° 1. Distribución etiologías del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) / Distribution of respiratory distress syndrome (RDS) etiologies.

DISCUSIÓN

La prevalencia del SDR en el centro hospitalario correspondió al 2,7%, casi triplicando los datos reportados por la Guía Clínica Nacional del SDR del año 2011. Acerca de las etiologías, la más prevalente correspondió a Taquipnea Transitoria con un 58,2%. Su principal factor de riesgo conocido es la cesárea sin trabajo de parto (12), lo cual se condice con el resultado arrojado en esta investigación en donde el tipo de parto más prevalente fue cesárea, representando un 69,5% del total de los partos. Estos resultados llevan a reflexionar con respecto a lo que sucede a nivel país en donde en promedio existe un 37,7% de cesáreas, siendo Chile el tercer país con la tasa más alta de esta (27), correspondiendo un 37% de cesáreas en el sistema público y 66% en el privado (28). Estos datos se contraponen con lo declarado por la OMS que recomienda que esta cifra no debería sobrepasar el 15%²⁹, sin embargo, en este centro hospitalario en el año 2014 el porcentaje total de cesáreas representa el 31,7%, los partos vaginales un 64,4% y en un 3,9% fórceps. Lo anterior invita a plantearse: ¿sería posible que en nuestro país se pueda reducir la alta incidencia de cesáreas sin afectar en la mortalidad materna y perinatal?

La EMH tiene una prevalencia del 40% bajo las 34 semanas de edad gestacional (2) y en este estudio esta patología se presentó en un 40,8% de los niños menores de 34 semanas, coincidiendo con lo manifestado en la literatura. De estos RN menores de 34 semanas un 94,8% recibió terapia con corticoide completa e incompleta, de los cuales solo un 37,5% presentó la enfermedad, lo que se condice con la evidencia actual que sugiere una reducción principalmente en mortalidad, SDR, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante aún si el tratamiento se ha iniciado antes de 24 horas del parto (30).

Existen estudios que relacionan características maternas con SDR, en donde se señala la edad materna mayor a 40 años, patologías como hipertensión, diabetes, anemia, metrorragia, oligohidramnios, RPM, corioamnionitis, RCIU y condiciones como el embarazo múltiple, cesárea con y sin trabajo de parto y asfixia perinatal (31). En este estudio destaca una mediana de edad materna 27 años y la presencia de patologías como Preeclampsia, Amenaza Parto Pretérmino, RPM, RCIU, ITU, Placenta Previa,

las cuales concuerdan con los datos aportados por el estudio antes mencionado, sin embargo, existen divergencias con respecto al embarazo múltiple, ya que el antecedente de embarazo simple fue el más prevalente en nuestro estudio. Por otra parte, cabe destacar que el mayor porcentaje correspondía a mujeres chilenas, dueñas de casa con un estado nutricional de sobrepeso y obesidad. Es por esto que se hace imprescindible focalizar la atención en las mujeres con estas características para poder reducir al máximo los factores de riesgos asociados al desarrollo de este cuadro.

En relación al RN, se realiza un seguimiento del cuadro considerando sus necesidades respiratorias según cada etiología, es así como en la TT un 31,7% necesitó CPAP, en la EMH un 53,8% requirió CPAP y un 25,6% Ventilación Mecánica Convencional y finalmente de los RN con BRN un 30,8% necesitó CPAP, evidenciándose la necesidad de oxigenoterapia en un gran porcentaje de los RN, teniendo en cuenta que esta terapia no es inocua, siendo sus posibles efectos adversos y/o complicaciones la retención de CO₂, atelectasias, barotrauma, retinopatía, enfisema intersticial, parálisis mucociliar y activación de mastocitos (32).

Existen riesgos asociados a los sistemas mecánicos, cuando se presentan problemas con válvulas, mangueras, fuente de gases, conexiones; asociadas a la vía aérea artificial: mal posición u obstrucción del tubo, extubación accidental, compromiso de los reflejos de la vía aérea y secuelas laringotraqueales, infecciones de las vías respiratorias; lesiones por barotrauma (enfisema intersticial alveolar, enfisema subcutáneo, pneumomediastino, pneumoperitoneo, neumotórax) y volutrauma (33), por lo que es importante que el profesional a cargo del neonato tenga un adecuado manejo de matronería para disminuir los riesgos asociados a las terapias ventilatorias.

Es relevante considerar que dependiendo de la edad gestacional existe una tendencia a ciertas etiologías, como podemos observar en este estudio, en donde la EMH es más frecuente en los RN menores de 28 semanas y entre 28 - 32 semanas con un porcentaje de 56,4%; la TT es más frecuente entre 32 - 40 semanas de edad gestacional con un porcentaje de 89,1% y la BRN se presenta con mayor frecuencia entre las 37 - 40 semanas de edad gestacional con un porcentaje de 45,5%, lo que hace necesario con-

siderar este antecedente a la hora de plantearse un posible diagnóstico y el tratamiento adecuado para el RN.

En esta investigación se evidencia que un 3,2% de los RN afectados por alguna patología respiratoria falleció, las etiologías que presentaron estos RN fueron en un 60% EMH, 20% HDC y el 20% restante falleció debido a causas no relacionadas con SDR.

Finalmente, con respecto a las limitaciones de nuestro estudio de trabajo hubo falta de registro completo de las variables de interés en algunas fichas clínicas, siendo estas las características maternas: nivel educacional en un 34,04%, ocupación 31,21%, estado civil 34,05%, previsión social 6,38%, comuna de residencia 8,51%, nacionalidad 16,31%, estado nutricional 17,02%, patologías maternas 6,38%, tipo de ruptura de membranas 1,42%, tiempo de membranas rotas en un 4,25% y terapias administradas a los neonatos y parámetros cardiorrespiratorios teniendo un máximo de 4% de omisión.

Es por esto que como equipo de investigación sugiere replicar este estudio en otros centros hospitalarios del país en donde se pueda contar con todos los datos necesarios para la investigación y poder evidenciar si los datos obtenidos en este estudio son similares en otros centros.

En conclusión, observamos un incremento de la prevalencia del SDR en el servicio de salud estudiado, siendo la etiología más prevalente de este la Taquipnea Transitoria, por lo que es relevante diseñar programas de prevención y futuras estrategias capaces de reducir las tasas de SDR, considerando el impacto en la morbilidad neonatal y los costos asociados al ingreso a las unidades de neonatología que este síndrome implica.

REFERENCIAS.

- 1- Cannizzaro, C; Paladino, M. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anestesia Analgesia Reanimación. 2011;24 (2): 59-74.
- 2- Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido. 2011. 2^a edición.
- 3- Hermansen, C; Lorah, K. Respiratory Distress in the Newborn. American Family Physician. 2007; 76 (7):987994.
- 4- Cajina, F. Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal (SDR). Nicaragua Pediátrica. 2013;1 (1): 37-40.
- 5- National Neonatal Perinatal Database Network: report 2002-2003. New Delhi: National Neonatology Forum of India; 2004.
- 6- López, C; Santamaría, C; Macías, H; Cruz, J. Dificultad respiratoria por deficiencia de surfactante en un hospital público de tercer nivel sin maternidad. Factores asociados a mortalidad. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2010;67 (2): 98-107.
- 7- Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Ciclo Vital. Programa Salud de la Mujer. Guía Perinatal 2013.
- 8- Pickerd, N; Kotecha, S. Pathophysiology of respiratory distress syndrome. Paediatrics and Child Health. Symposium: Neonatology. 2008;19 (4): 153-157.
- 9- Velázquez, P; Vega, G; Martínez, M. (2010). Morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la diabetes gestacional. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2010; 75 (1): 35-41.
- 10- López, F; Meritano, J; Da Reprecentação, C; Licudis, M; Romano, A; Valenti, E. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en un recién nacido de término. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2006;25 (3): 109-111.
- 11- Coto, G; López, J; Fernández, B; Álvarez, F; Ibáñez, A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008, pp. 285-305.
- 12- Bazán, G; Martínez, C; Zannata, R; Galván, O; Grasso, D; Martino, N; Bustos, R; Sosa, C. El trabajo de parto previo a la cesárea protege contra la taquipnea transitoria del recién nacido. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2012;83 (1).
- 13- Baquero, H; Galindo, J. Respiración y circulación fetal y neonatal Fenómenos de adaptabilidad. Programa de educación continua en pediatría. 2006, módulo 1. pp 1-15.
- 14- Hillman, N; Kallapur, SG; Jobe, A. Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life. Clin Perinatol. 2012; 39: 769-783.
- 15- Novoa, P. 2010. Factores de Riesgo de Bronconeumonía connatal en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Especialista en

- Pediatría. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Pediatría. p.32.
- 16- Edwards, M; Kotecha, SJ; Kotecha, S. Respiratory Distress of the Term Newborn Infant. *Pediatric Respiratory Reviews*. 2013; 14: 29-37.
- 17- Meritano, J; Abrahan, M; Di Pietro, S; Fernández, V; Gerez, G. Síndrome de Dificultad Respiratoria asociado a líquido amniótico meconial en Recién Nacidos de término y postérmino: Incidencia, Factores de Riesgos y Morbimortalidad. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2010;29 (3): 113-119.
- 18- Fischer, C; Rybakowski, C; Ferdynus, C; Sagot, P; Gouyon, J. A Population-Based Study of Meconium Aspiration Syndrome in Neonates Born between 37 and 43 Weeks of Gestation. *International Journal of Pediatrics Volume*. 2012, Article ID 321545, 7 pages 7.
- 19- Dargaville, P; Copnell, B. The epidemiology of meconium aspiration syndrome: incidence, risk factors, therapies, and outcome. *Pediatrics*. 2006; 117: 1712-1721.
- 20- Gallardo, K; Panduro, J; Camarena, E; Quintero, I; Barrios, E; Fajardo, S. Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. *Revista Médica MD*. 2013;4 (4): 245-250.
- 21- Goire, M; Pérez, K; Álvarez, I; Regüeiferos, L; Hernández, H. Factores de riesgo del síndrome de aspiración meconial. *MEDISAN*. 2006;10 (3).
- 22- Abman, S; Baker, C; Gien, J; Mourani, P; Gamlambos, C. The Robyn Barst Memorial Lecture: Differences between the fetal, newborn, and adult pulmonary circulations: relevance for age-specific therapies (2013 Grover Conference series). *Pulm Circ*. 2014;4 (3): 424-440.
- 23- Cabral, J; Belik, J. Persistent pulmonary hypertension of the newborn: Recent advances in pathophysiology and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89 (3): 226-242.
- 24- Osorio, W; Nachar, R. Hipertensión pulmonar persistente neonatal (HPPN). Guías de Práctica Clínica del Servicio de Neonatología del Hospital Luis Tisné Brousse. Disponible en: [<http://gpcneonatologia.blogspot.com>].
- 25- Rodas, S; Fariña, D. Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. *Enfermería Neonatal*. 2012;4 (13): 5-10.
- 26- Castro, W; Labarrere, Y; González, G; Barrios, Y. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería* 2007;23 (3): 1-15.
- 27- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Panorama de Salud 2013. Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%202011_final.pdf].
- 28- Guzmán, E. Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *Medwave*. 2012;12 (3):1-4.
- 29- Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21 (4): 251-251.
- 30- Alegría, X. Corticoides prenatales: Beneficios y riesgos asociados a su uso indiscriminado. *Rev. Obstet. Ginecol. Hops. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2006;1 (1): 69-71.
- 31- Sun, H; Xu, F; Xiong, H; Kang, W; Bai, Q; Zhang, Y; "et. al". Characteristics of Respiratory Distress Syndrome in Infants of Different Gestational Ages. *Lung*. 2013; 191:425-433.
- 32- Sánchez, R; Peñaranda, D; Rivera, L; Mendivil, E. Cómo puede ser tóxico el oxígeno en el período neonatal. *CCAP*. 9 (4): 35-42.
- 33- Gutiérrez, F. Ventilación mecánica. *Acta Méd Peruana*. 2011; 28 (2): 87-104.

Percepción de estudiantes de tercer año de la carrera de obstetricia de la Universidad San Sebastián sobre el escenario simulado “eritroférésis neonatal”

Perception of third-year midwifery career students of San Sebastian University about the “neonatal erythrophoresis” simulated scenario

Sergio Jara-Rosales¹; Rocío Villanueva²; Carolina Pérez-Pérez²; Carlos Godoy-Guzmán³; Javiera Fernández⁴; Jacqueline Sepúlveda-Gotterbarm²

¹Matrón. Esc. de Obstetricia, Fac. de Medicina y Ciencia, Univ. San Sebastián, Santiago, Chile.

²Matrona. Esc. de Obstetricia, Fac. de Medicina y Ciencia, Univ. San Sebastián, Santiago, Chile.

³Matrón, Centro de Inv. Biomédica y Aplicada (CIBAP), Esc. de Medicina, Univ. de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

⁴Matrona, Servicio de Neonatología, Complejo Hospitalario San José, Santiago, Chile

*Autor para correspondencia: sergio.jara@uss.cl

RECIBIDO: 13 de Mayo de 2020

APROBADO: 12 de Agosto de 2020



DOI: 10.22370/rev.mat.1.2020.2172

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Eritroférésis, Simulación, Recién nacido, Neonatología, Matronería, Educación.

Key words: Partial exchange transfusion, Simulation, Newborn, Neonatology, Midwifery, Education.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de satisfacción de los estudiantes de tercer año de la carrera de Obstetricia que participaron del escenario simulado de eritroférésis neonatal.

Material y método: Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. La muestra consistió en 116 estudiantes de tercer año de Obstetricia que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. La satisfacción de los estudiantes se evaluó mediante una encuesta adaptada y validada por cinco expertos.

Resultados: En la dimensión “escenarios, recursos y elementos técnicos”, el 50% de los participantes estuvo “de acuerdo” con que el escenario de simulación es similar al contexto real. El 100% de los estudiantes estuvo “muy de acuerdo” con que el docente está capacitado para dirigir el escenario. En la dimensión “percepción de la calidad de la enseñanza”, un 79,3% de los participantes estuvo “muy de acuerdo” con que la simulación potencia el trabajo

en equipo. Por otra parte, un 73,3% estuvo “muy de acuerdo” con que la simulación los ha ayudado a integrar teoría y práctica y un 72,4% estuvo “muy de acuerdo” con que la interacción con la simulación mejorará su competencia clínica.

Conclusión: Los estudiantes valoraron de manera positiva la experiencia de participar del escenario de alta fidelidad de eritroférésis neonatal, mostrando un alto grado de satisfacción. Realizar este tipo de experiencias en escenarios simulados y en un ambiente protegido, potencialmente beneficia a los estudiantes y a los recién nacidos.

SUMMARY

Objective: to evaluate the perception of satisfaction of third-year obstetrics students who participated in the simulated scenario of partial exchange transfusion in newborns.

Method: quantitative, cross-sectional descriptive study. The sample consisted of 116 third-year Obstetrics students who met the inclusion criteria and

signed the informed consent. Student satisfaction was assessed through a survey adapted and validated by 5 experts.

Results: In the "scenarios, resources and technical elements" dimension, 50% of participants "agreed" that the simulation scenario is similar to the real context. 100% of the students "very much agreed" that the teacher is trained to run the scenario. In the dimension "perception of teaching quality", 79.3% of the participants "very much agreed" that the simulation enhances teamwork. On the other hand, 73.3% "very much agree" that the simulation has helped them to integrate theory and practice and 72.4% "very much agree" that the interaction with the simulation will improve their clinical competence.

Conclusion: Students positively valued the experience of participating in the high-fidelity scenario of partial exchange transfusion in newborns, showing a high degree of satisfaction. Conducting this type of experience in simulated scenarios and in a protected environment potentially benefits students and newborns.

INTRODUCCIÓN

La simulación es una herramienta pedagógica que nace en la aviación y que fue adoptada como metodología en la enseñanza de la medicina, en principio por la anestesiología. No obstante, en la actualidad es ampliamente utilizada en muchas otras especialidades médicas (1-4). En las facultades de medicina, la simulación se ha desarrollado principalmente en los programas de postgrado y en las escuelas de enfermería, tanto en pregrado como en educación continua (5-7). En pediatría, el uso de la simulación durante las últimas dos décadas ha ido en aumento, y ha reportado grandes beneficios en el aprendizaje en comparación a las estrategias educativas que no la contemplan (8, 9). La simulación en neonatología es una práctica extendida en el mundo. En Europa Central (Alemania, Suiza, Austria e Italia), dos tercios de las escuelas de salud utilizan la simulación (10, 11). En relación con el uso de la simulación en neonatología las competencias que se busca desarrollar son la adquisición de habilidades, la seguridad del paciente, trabajo en equipo y comunicación (7, 12-17).

La simulación ha sido ampliamente aplicada a los programas de reanimación neonatal destinados a profesionales de salud, bajo los lineamientos dictados por la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana del Corazón (12, 18-20). En Es-

tados Unidos existen al menos 13 centros de simulación que cuentan con infraestructura de calidad y docentes entrenados, en Canadá 6 y en Sudamérica solo 3 (7).

En Chile, la simulación clínica se ha desarrollado en los últimos años y algunas instituciones cuentan con centros de simulación de alta fidelidad. Sin embargo, la integración de la simulación al currículo es incipiente (21). Si bien la simulación se está usando ampliamente y los centros en general cumplen con los estándares de calidad de la Society for Simulation in Healthcare, no se investiga lo suficiente sobre las prácticas pedagógicas involucradas en su diseño e implementación (6, 22).

Dentro de las técnicas que las matronas y matrones realizan en neonatología en Chile, se encuentra la eritroférésis periférica, que consiste en un reemplazo parcial de sangre que es reemplazada por suero fisiológico para así disminuir el hematocrito del recién nacido (23-28). Este procedimiento es de indicación médica y corresponde al tratamiento de la poliglobulia, definida como un hematocrito venoso mayor al 65% o una hemoglobina venosa mayor a 22g/dL en el recién nacido (24, 29, 30). El objetivo del tratamiento es prevenir el síndrome de hiperviscosidad que lleva hipoperfusión de los órganos, pudiendo producir daño neurológico, gastrointestinal, cardiorrespiratorio y metabólico (31, 32).

La Universidad San Sebastián (USS) sede Santiago, cuenta con un centro de simulación e innovación en salud equipado para realizar simulación de alta fidelidad. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de satisfacción de los estudiantes de tercer año de Obstetricia que participaron del escenario simulado de eritroférésis neonatal.

MATERIAL Y MÉTODO

El escenario de eritroférésis neonatal se realizó en la sala de neonatología del Hospital Simulado de la Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, de corte transversal y con diseño no experimental. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. El universo corresponde a 123 estudiantes de la carrera de Obstetricia sede Santiago, Universidad San Sebastián, que cursaban la asignatura “Integrado de urgencia ginecológica, obstétrica y neona-

tal” y la muestra correspondió a los 116 estudiantes que aceptaron participar. Los criterios de inclusión fueron: estudiantes que cursaban por primera vez la asignatura; y estudiantes con consentimiento informado firmado. Los criterios de exclusión: encuestas que no hayan sido respondidas en su totalidad.

La planificación, ejecución y evaluación del escenario se realizó según los lineamientos descritos por Martins et al. (33) (Fig. 1).

Variables

Se definieron dos variables complejas para medir la percepción de satisfacción de los estudiantes participantes del escenario simulado de eritroférésis neonatal. Cada una de estas variables se plantea como dimensión y se descompone en distintas categorías, de la siguiente manera:

1. Variable satisfacción de los estudiantes respecto a escenarios, recursos y elementos técnicos, subdividida en cuatro categorías (realidad del escenario, duración del escenario, instalaciones del centro de simulación y capacitación técnica docente).

2. Variable satisfacción de los estudiantes respecto a la metodología y percepción de la calidad de enseñanza, subdividida en 11 categorías (simulación como estrategia didáctica, desarrollo del razonamiento crítico, desarrollo de seguridad y confianza, articulación de la simulación con los conocimientos teóricos, integración de teoría y práctica, motivación para aprender, priorización de acciones en matronería, mejoría de la competencia clínica, trabajo en equipo y retroalimentación).

Planificación: confección de guía de simulación para escenario de alta fidelidad.

En esta etapa se consideró el avance curricular correspondiente al sexto semestre de la carrera en la asignatura Integrado de urgencia ginecológica, obstétrica y neonatal. Los resultados de aprendizaje fueron: 1. Aplicación de medidas de matronería en el usuario neonatal; y 2. Gestión de la atención en cuidados intermedios neonatales (34, 35). El tipo de simulación fue de alta fidelidad. Posteriormente, en base a una revisión bibliográfica se elaboró un caso clínico ficticio para contextualizar el escenario, construido por dos matronas clínicas y un académico del staff. Se confeccionó una pauta de cotejo con

la descripción paso a paso del procedimiento en 19 criterios observados del hacer (Tabla 1). Para la preparación del entorno se definieron los materiales necesarios para el escenario: cuna radiante, monitor multiparámetros para recién nacido con saturómetro y manguito para presión arterial, bomba de jeringa, insumos médicos para el procedimiento (Fig.2.A) y el simulador “RN Nita NewBorn®”, que permitió realizar la instalación de la vía venosa, extracción de sangre e infusión de suero fisiológico de manera isovolumétrica (27) (Fig. 2.B). Finalmente, con toda esta información se confeccionó una guía de escenario de simulación y se entregó a los estudiantes.

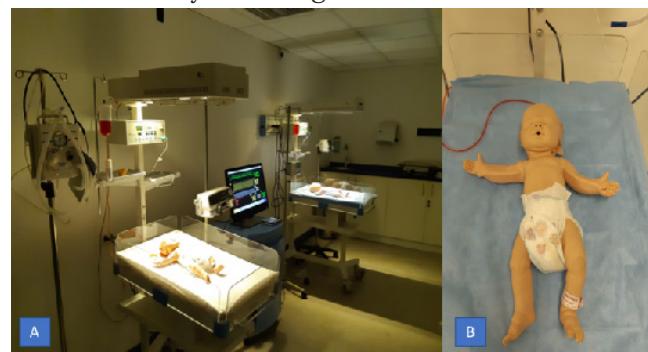


Figura. 2.A. Sala de Neonatología del Hospital Simulado de la Universidad San Sebastián. Se observa la sala preparada para el escenario con cunas de procedimientos, monitores multiparámetros, bombas de infusión continua y el simulador neonatal. Fig.2.B. Simulador RN Nita NewBorn® utilizado para realizar el escenario de eritroférésis neonatal. / Fig. 2A. Neonatology room of the Simulated Hospital of the University of San Sebastián. The room prepared for the scenario is shown with procedure cradles, multiparameter monitors, continuous infusion pumps and the neonatal simulator. Fig. 2.B. RN Nita NewBorn® simulator used to perform the "Partial exchange transfusion in newborns" scenario.

Aplicación del escenario

Al iniciar la sesión a los estudiantes se les hizo entrega de un consentimiento informado que el docente leyó junto con ellos, explicando en detalle los objetivos del estudio, sus alcances y dejando en claro que su participación era voluntaria, confidencial y anónima. Al finalizar la actividad, a todos los estudiantes que aceptaron participar en el estudio se les entregó la encuesta de satisfacción.

La sesión se realizó según la técnica pedagógica de simulación clínica (33, 36-38).

Briefing: se pidió a los estudiantes que formaran grupos de cinco o seis integrantes y se les indicó que tendrían una hora para desarrollar el trabajo. A continuación, se les presentó el caso clínico y los materiales correspondientes para el ejercicio.

Acción: el escenario fue ambientado en una unidad de tratamiento intermedio neonatal (UTI), donde el estudiante se enfrentó a un recién nacido que ingresa con el diagnóstico de poliglobulia, con la indicación médica de eritroférésis periférica. Los estudiantes prepararon la unidad del recién nacido y realizaron el procedimiento en grupos aplicando entre ellos la pauta de cotejo para la evaluación formativa (Fig.3).

Debriefing: el profesor reunió a los estudiantes, les preguntó cómo se sintieron en la ejecución del escenario, dando pie a la reflexión sobre los aspectos positivos de la experiencia, para luego analizar en conjunto las falencias identificadas por ellos. Finalmente, se dio espacio para la resolución de dudas.

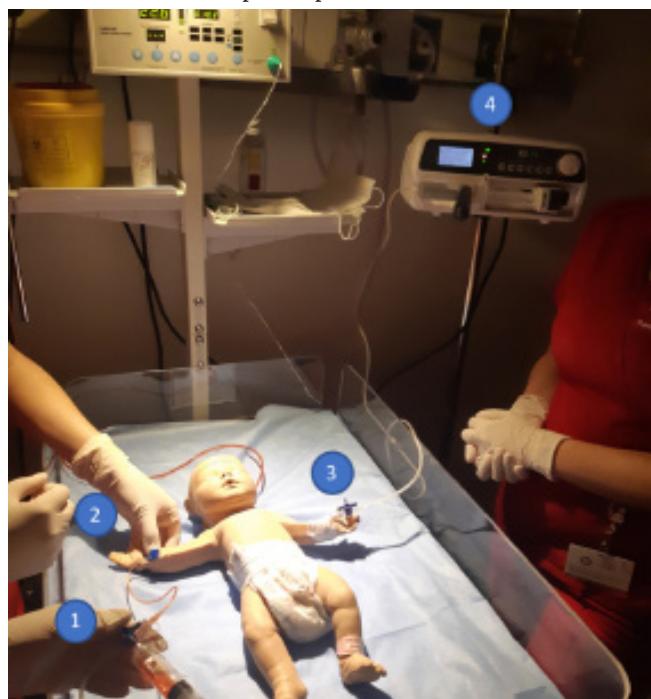


Figura. 3. Procedimiento eritroférésis neonatal. 1. Extracción de sangre por punción en arteria radial. 2. Punción arteria radial. 3. Vía venosa periférica instalada en la vena dorsal de la mano por donde se infunde suero fisiológico. 4. Bomba de infusión continua con jeringa con suero fisiológico./ Fig. 3. Partial exchange transfusion in newborns procedure. 1. Extraction of blood by puncture in radial artery. 2. Radial artery puncture. 3. Peripheral venous line installed in the dorsal vein of the hand, through which physiological serum is infused. 4. Continuous infusion pump with physiological serum syringe.

Evaluación: recolección y análisis de datos.

Para esta etapa se adaptó la encuesta de satisfacción para escenarios de alta fidelidad de Pérez. S. (39). El instrumento fue validado por cinco expertos según Escobar & Cuervo (40) y consta de quince ítems que evalúan dos dimensiones; “escenarios, recursos y elementos técnicos” y “metodología y percepción de la calidad de la enseñanza” (Tabla 2). Tras la obtención de los datos, se utilizó el programa Excel para el análisis estadístico obteniendo medidas de tendencia central y para el cálculo del Alpha de Cronbach que fue de 0.8.

RESULTADOS

En relación con los ítems pertenecientes a la dimensión “escenarios, recursos y elementos técnicos”, un 100% de los estudiantes señala que está “muy de acuerdo” con que el docente estaba capacitado para conducir el escenario de una forma adecuada. Por otro lado, un 75,9% de los estudiantes indica estar “muy de acuerdo” con que la duración del escenario permitió un desarrollo acorde a lo planeado en el resultado de aprendizaje y un 21,6% está “de acuerdo”. En esta línea, un 46,6% señala que está “muy de acuerdo” con que las instalaciones del centro de simulación tienen los recursos necesarios para el escenario de simulación y un 37,1% que está “de acuerdo”, finalizando el marco de la dimensión, un 44% de los estudiantes está “muy de acuerdo” con que el escenario donde se desarrolló la simulación es similar al contexto real y un 50% señala que está “de acuerdo”.

En la dimensión “metodología y percepción de la calidad de la enseñanza”, un 88,8% de los estudiantes considera que está “muy de acuerdo” con que la simulación es una estrategia didáctica que facilita el aprendizaje y un 11,2% considera que está “de acuerdo”. Por otro lado, un 65,5% de los estudiantes considera que está “muy de acuerdo” con que la simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones y un 30,2% que está “de acuerdo”. En esta línea un 67,2% señala que está “muy de acuerdo” con que la simulación clínica le ha ayudado a priorizar las acciones de matronería y un 29,3% que está “de acuerdo”. En relación con el ítem sobre si la interacción con la simulación mejorará la competencia clínica, un 72,4% de los estudiantes considera estar “muy de acuerdo” y un 25,9% señala

que está “de acuerdo”. Además, un 71,6% está “muy de acuerdo” con que el Debriefing ofrece una retroalimentación verbal y crítica constructiva y un 25% está “de acuerdo”. Finalizando en el marco de esta dimensión, un 64,7% está “muy de acuerdo” y un 35,3 % está “de acuerdo” con que la experiencia de simulación de eritroférésis neonatal fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

La simulación aplicada a la enseñanza de la neonatología es una importante herramienta, si bien a nivel mundial ha habido grandes avances en las últimas décadas, aún queda mucho por hacer en términos de destinar más recursos para la creación de nuevos escenarios, capacitación de los docentes y evaluación, siendo la investigación fundamental en todo el proceso (6, 10-16). En este sentido, el nuevo escenario de eritroférésis neonatal, del cual no existe reporte en la literatura científica, es una nueva herramienta didáctica que contribuye a subsanar las deficiencias antes mencionadas. Los resultados obtenidos en nuestro estudio, señalan que los estudiantes valoraron de manera positiva el uso de la simulación para la enseñanza de la técnica de eritroférésis neonatal, evidenciando un alto grado de satisfacción con un 64,7% que está “muy de acuerdo” y un 35,3 % que está “de acuerdo” con que la experiencia de simulación de eritroférésis neonatal fue satisfactoria, respaldándola como una herramienta didáctica que facilita el aprendizaje y que les ayudó a priorizar las acciones de matronería. Nuestros resultados coinciden con otros estudios de similares características realizados en carreras como medicina, enfermería y obstetricia, reportados en la literatura científica (41-46).

Con respecto a la dimensión “escenarios, recursos y elementos técnicos”, un 100% de los estudiantes señala que está “muy de acuerdo” con que el docente estaba capacitado para conducir el escenario de una forma adecuada, similar resultado obtiene Sagastume et al. (41) para el mismo indicador. Por otra parte, un 75,9% de los estudiantes indica estar “muy de acuerdo” con que la duración del escenario permitió un desarrollo acorde a lo planificado en el resultado de aprendizaje, Riquelme et al. (42) obtiene un 92% para un indicador similar. Sobre si el centro de simulación tenía los recursos necesarios para el escenario un 46,6% señala que está “muy de acuerdo” y un 37,1% está “de acuerdo”, resultados similares

obtienen los equipos de Riquelme et al. (42) y Sagastume et al. (41) con un 96% y 94% respectivamente para el ítem escenario y equipamiento. Respecto a que si el escenario donde se desarrolló la simulación es similar al contexto real un 44% está “muy de acuerdo” y un 50% está “de acuerdo”, resultados similares obtuvieron Avendaño et al. (45), con un 60% “de acuerdo” para el mismo ítem. El concepto de escenario de alta fidelidad no es sinónimo de alta tecnología, sino que es mucho más importante un entorno adecuado y un buen diseño que le de realismo al escenario, mejorando su experiencia pedagógica y brindando posibilidades de realizar procedimientos en un contexto similar al clínico (9, 47, 48).

En la dimensión “metodología y percepción de la calidad de la enseñanza” un 88,8% de los estudiantes considera que está “muy de acuerdo” con que la simulación es una estrategia didáctica que facilita el aprendizaje, el equipo de Avendaño et al. (45) obtiene un 89% para un ítem similar. Por otra parte, un 72,4% de los estudiantes considera estar “muy de acuerdo” con que la interacción con la simulación mejorará su competencia clínica, similar al resultado de Morillo et al. (44) que obtiene un 85% en cuanto a que la simulación ayudaría a mejorar su destreza. En esta línea, un 65,5% de los estudiantes considera que está “muy de acuerdo” con que la simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones, resultados concordantes con los estudios de Howard et al. (43) y Rudd et al. (46). Finalmente, un 71,6% está “muy de acuerdo” con que el debriefing ofrece una retroalimentación verbal y crítica constructiva y un 25% está “de acuerdo”. En términos pedagógicos y de desarrollo de habilidad clínica, la experiencia fue bien valorada por los estudiantes. Es importante recalcar que dentro de la metodología de la simulación, el debriefing está descrito como clave en el aprendizaje, en cuanto a análisis y reflexión de las acciones, obteniendo nuestro estudio resultados concordantes a la literatura respecto a su importancia (16, 36, 49, 50).

La técnica de muestreo no probalística utilizada en este estudio, es un método rápido, económico y conveniente, debido a la accesibilidad y cercanía de los participantes (51). No obstante, esta metodología posee algunas limitaciones tales como una menor representatividad de la población blanco comparado con la realización de un muestreo de tipo probabilístico (51,52). En este sentido, es necesario aplicar

otras técnicas de investigación educativas cualitativas y cuantitativas complementarias, así como también otro tipo de muestreos de tipo probabilístico, que permitan evaluar el real impacto sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje de este tipo de iniciativas.

CONCLUSIÓN

Los estudiantes valoraron de manera positiva la experiencia de participar del escenario de alta fidelidad de eritroférésis neonatal, mostrando un alto grado de satisfacción. La simulación favorece la integración de conceptos teóricos (conocer) y de aspectos técnicos (saber hacer), brinda a los alumnos la posibilidad de realizar procedimientos poco frecuentes en campo clínico, en un ambiente protegido y así potencialmente beneficiar a los estudiantes y a los recién nacidos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los estudiantes del tercer año de Obstetricia del año 2019 de la Universidad San Sebastián por su voluntad, cooperación y entusiasmo al momento de participar en este trabajo. También nuestro reconocimiento al Hospital Simulado de la Universidad San Sebastián por proporcionar el espacio físico, los materiales y por apoyar esta iniciativa.

REFERENCIAS

1. Gaba DM. Improving anesthesiologists' performance by simulating reality. *Anesthesiology*. 1992;76(4):491-4.
2. Rosen KR. The history of medical simulation. *J Crit Care*. 2008;23(2):157-66.
3. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jr., Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mt Sinai J Med*. 2009;76(4):330-43.
4. Gordon JA. As Accessible as a Book on a Library Shelf: The Imperative of Routine Simulation in Modern Health Care. *Chest*. 2012;141(1):12-6.
5. Foronda C, Liu S, Bauman EB. Evaluation of Simulation in Undergraduate Nurse Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013;9(10): e409-e16.
6. Bradley P. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*. 2006;40(3):254-62.
7. Qayumi K, Pachev G, Zheng B, Ziv A, Koval V, Badiei S, et al. Status of simulation in health care education: an international survey. *Adv Med Educ Pract*. 2014; 5:457-67.
8. Cheng A, Auerbach M, Hunt EA, Chang TP, Pusic M, Nadkarni V, et al. Designing and Conducting Simulation-Based Research. *Pediatrics*. 2014;133(6):1091.
9. Grant DJ, Grant VJ, Cheng A. The Future of Pediatric Simulation. *Comprehensive Healthcare Simulation: Pediatrics*. Comprehensive Healthcare Simulation 2016. p. 401-10.
10. Wagner M, Heimberg E, Miledor LP, Staffler A, Paulun A, Lollgen RM, et al. Status Quo in Pediatric and Neonatal Simulation in Four Central European Regions: The DACHS Survey. *Simul Healthc*. 2018;13(4):247-52.
11. Cuttano A, Scaramuzzo RT, Gentile M, Cianelli M, Sigali E, Boldrini A. *Education in neonatology by simulation: between reality and declaration of intent*. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24 Suppl 1:97-8.
12. Arnold J. The Neonatal Resuscitation Program comes of age. *J Pediatr*. 2011;159(3):357-8 e1.
13. Brock KE, Cohen HJ, Sourkes BM, Good JJ, Halamek LP. Training Pediatric Fellows in Palliative Care: A Pilot Comparison of Simulation Training and Didactic Education. *J Palliat Med*. 2017;20(10):1074-84.
14. Anderson JM, Warren JB. Using simulation to enhance the acquisition and retention of clinical skills in neonatology. *Semin Perinatol*. 2011;35(2):59-67.
15. Lechner BE, Shields R, Tucker R, Bender GJ. Seeking the best training model for difficult conversations in neonatology. *J Perinat Med*. 2016;44(4):461-7.
16. Halamek LP. Simulation and debriefing in neonatology 2016: Mission incomplete. *Semin Perinatol*. 2016;40(7):489-93.
17. French HM, Hales RL. Neonatology faculty development using simulation. *Semin Perinatol*. 2016;40(7):455-65.
18. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association

- Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (Reprint). Pediatrics. 2015;136 Suppl 2:S196-218.
19. Johnston LC, Sudikoff SN. Introduction: Simulation in neonatology. Semin Perinatol. 2016;40(7):419-20.
 20. Sawyer T, Umoren RA, Gray MM. Neonatal resuscitation: advances in training and practice. Adv Med Educ Pract. 2017;8:11-9.
 21. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, et al. Simulación en educación médica: una sinopsis. Revista médica de Chile. 2013;141:70-9.
 22. Escudero Z EX, Fuentes CM, González V MJO, Corvetto A MA. Simulación en educación para ciencias de la Salud: ¿Qué calidad hemos alcanzado en Chile? ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 2017;41(3).
 23. Özek E, Soll R, Schimmel MS. Partial exchange transfusion to prevent neurodevelopmental disability in infants with polycythemia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(1).
 24. Tapia J. L, A G. Neonatología. Cuarta edición ed2018.
 25. Fernandez D P, Caballero EM, Medina G. Manual de enfermería neonatal : cuidados y procedimientos. Santiago, Chile: Mediterraneo; 2009.
 26. Riquelme E, J. N. Manual de procedimientos y cuidados de enfermería neonatal. ed2004.
 27. MacDonald MG, Ramasethu J, Rais-Bahrami K. Atlas of procedures in neonatology. Place of publication not identified: LWW; 2012. 1 online resource (480 pages). p.
 28. Ergenekon E, Hirfanoglu IM, Turan O, Beken S, Gucuyener K, Atalay Y. Partial exchange transfusion results in increased cerebral oxygenation and faster peripheral microcirculation in newborns with polycythemia. Acta Paediatr. 2011;100(11):1432-6.
 29. Eichenwald EC, ProQuest. Cloherty and Stark's manual of neonatal care. Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer; 2017. 1 online resource (.444 pages) : illustrations. p.
 30. Sinkin RA, American Academy of P, Chisholm CA. PCEP Book IV: Specialized Newborn Care. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
 31. Sarkar S, Rosenkrantz TS. Neonatal polycythemia and hyperviscosity. Semin Fetal Neonatal Med. 2008;13(4):248-55.
 32. Wiswell TE, Cornish JD, Northam RS. Neonatal Polycythemia: Frequency of Clinical Manifestations and Other Associated Findings. Pediatrics. 1986;78(1):26.
 33. Martins J, Baptista R, Coutinho V, Fernandes M, Fernandes A. Simulation in nursing and midwifery education. Copenhagen: WHO; 2018.
 34. Huffman JL, McNeil G, Bismilla Z, Lai A. Essentials of Scenario Building for Simulation- Based Education. Comprehensive Healthcare Simulation: Pediatrics. Comprehensive Healthcare Simulation2016. p. 19-29.
 35. Lindsey L, Berger N. In: Reigeluth C M, Carr-Chellman A, editors. Instructional- design theories and models Volume III. New York (NY): Taylor and Francis; 2009. p. 117-
 36. Maestre JM, Rudolph JW. Theories and styles of debriefing: the good judgment method as a tool for formative assessment in healthcare. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68(4):282-5.
 37. Cantrell MA. The Importance of Debriefing in Clinical Simulations. Clinical Simulation in Nursing. 2008;4(2):e19-e23.
 38. Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira F. Structured debriefing in nursing simulation: students' perceptions. Journal of Nursing Education and Practice. 2016;6(9).
 39. Pérez S. Valoración de la satisfacción de los alumnos de enfermería tras las prácticas simuladas. [Trabajo Fin de Grado]: Universidad de Valladolid; 2017.
 40. Escobar-Pérez J, Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. Avances en Medición. 2008;6:27-36.
 41. Sagastume G, Bernardez L, Díaz E, De la Paz M, Battolla J, Enríquez D, et al. Uso de simuladores médicos aplicados al entrenamiento de pediatras en formación: percepción de sus competencias en reanimación cardiopulmonar y nivel de satisfacción. . Rev Hosp Niños. 2015(57(257)):96-105
 42. Riquelme H, G., Acevedo M, V, , Muñoz G, X.. La metodología de simulación en la enseñanza de los contenidos de parto y atención del recién nacido en enfermería. . Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2017(31.4):1-15.

43. Howard VM, Englert N, Kameg K, Perozzi K. Integration of Simulation Across the Undergraduate Curriculum: Student and Faculty Perspectives. Clinical Simulation in Nursing. 2011;7(1):e1-e10.

44. Morillo N, Bravo N, Prudencio C, Vassallo J, C., Ponce M, Santos S, et al. Simulador de bajo costo para el entrenamiento en la colocación de accesos vasculares periféricos (avp) en pediatría. Medicina Infantil 2016(XXIII):213 - 6.

45. Avendaño R, Monsalve D, Villagrán M, Estrada C. Percepción de los estudiantes de cuarto año en relación a la simulación clínica en pabellones gineco-obstétricos. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile, año 2017. . Rev Educ Cienc Salud 2019; 16(2):143-7.

46. Rudd K, Patrick A, Palmieri P, A, Leyva-Moral J, M, Membrillo-Pillpe N, J, Medas J, Verkran T. Simulación y trabajo en equipo para mejorar la reanimación neonatal: Una revisión de la literatura. Ágora Rev Cient 2016(3(2)):399-406.

47. Bruno CJ, Glass KM. Cost-effective and low-technology options for simulation and training in neonatology. Semin Perinatol. 2016;40(7):473-9.

48. Lopreato JO, Sawyer T. Simulation-based medical education in pediatrics. Acad Pediatr. 2015;15(2):134-42.

49. Shinnick MA, Woo M, Horwitz TB, Steadman R. Debriefing: The Most Important Component in Simulation? Clinical Simulation in Nursing. 2011;7(3):e105-e11.

50. Kolbe M, Grande B, Spahn DR. Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2015;29(1):87-96.

51. Özek E, Soll R, Schimmel MS. Partial exchange transfusion to prevent neurodevelopmental disability in infants with polycythemia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(1).

52. Elfil M, Negida A. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. Emerg (Teheran). 2017;5(1):e52-e.

TABLAS

Tabla 1. Pauta de cotejo del procedimiento de eritroférésis neonatal, Hospital Simulado de la Universidad San Sebastián (23-28). / Partial exchange transfusion in newborn: procedural guidelines, San Sebastián University Simulated Hospital (23-28).

Nº	Criterio observado	Puntaje criterio	SI	NO
1	Calza gorro y mascarilla y realiza lavado clínico de manos según técnica	1		
2	Prepara material. (Teflón N°24, venoflex N°21 Y 23, jeringas de 10 cc y de 20 cc, heparina, bandeja estéril, recipiente para desechar sangre, cinta adhesiva, equipo de fleboclisis, solución de reposición (suero fisiológico), Bomba de infusión continua, tórlulas de algodón estériles, solución antiséptica, guantes de procedimientos, guantes estériles, bolsas para desecho)	1		
3	Realiza monitorización del RN previo al procedimiento. (Debe cumplir con ambos criterios para asignar puntaje completo)	1		
	• Control de presión arterial			
	• Temperatura			
4	Instala vía venosa bránula #24	1		
5	Conecta a la bránula la solución de reposición de suero fisiológico a infundir con bomba de jeringa	1		
6	Mantiene velocidad de infusión 1-2 ml/hora, en espera de la permeabilización de la vía de extracción	1		
7	Realiza lavado quirúrgico de manos según técnica	1		
8	Calza guantes estériles según técnica, sin contaminar (Debe cumplir el criterio sin contaminar para asignar puntaje)	1		
9	Prepara set de extracción: (Debe cumplir el criterio completo para asignar puntaje)	1		
	• Matraz receptor de 500 cc.			
	• Scalp vein N° 22 o 24			
	• Llave 3 pasos			
	• Jeringa de 20 ml			

Nº	Criterio observado	Puntaje criterio	SI	NO
10	Baña con heparina la mariposa (excluyendo extremo distal), llave 3 pasos y jeringa	1		
11	Selecciona una arteria a puncionar			
	• Arteria cubital			
	• Arteria humeral	1		
	• Arteria cefálica			
	• Arteria radial			
12	Aseptiza zona de trayecto arterial con jabón antiséptico, agua y alcohol al 70%, luego espera que la zona esté seca	1		
13	Punciona y dirige la aguja dentro de la arteria seleccionada en ángulo de 45° - 90°.	1		
14	Realiza extracción de sangre lentamente (sin forzar la salida de la sangre), una vez visualizado el reflujo sanguíneo	1		
15	Realiza extracción de manera isovolumétrica con el suero fisiológico a infundir por vía venosa periférica	1		
16	Una vez llenado el volumen de la jeringa (20cc) cierra el paso al RN de la llave 3 pasos, luego abre paso al matraz receptor y pasa sangre	1		
17	Reabre paso al RN y continúa con la extracción de volumen sanguíneo hasta completar volumen indicado	1		
18	Retira punción arterial presionando hasta lograr hemostasia	1		
19	Mantiene fleboclisis según indicación médica	1		
PUNTAJE TOTAL DE LA PAUTA		19		
Puntaje total obtenido (Sí)				

Tabla 2. Cuestionario sobre percepción de los estudiantes de obstetricia del escenario de alta fidelidad de eritroférésis neonatal/ Survey on obstetrics students' perception of the high fidelity scenario: partial exchange transfusion in newborns.

- 1: Muy en Desacuerdo
- 2: En Desacuerdo
- 3: De Acuerdo
- 4: Muy de Acuerdo

Nº	Ítem	1	2	3	4
1	El escenario donde se desarrolla la simulación es similar al contexto real.				
2	Considera que la simulación es una estrategia didáctica que facilita el aprendizaje.				
3	La duración del escenario permitió un desarrollo acorde a lo planificado en el resultado de aprendizaje clínico.				
4	Considera que la simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones.				
5	El docente estaba capacitado para conducir el escenario de una forma adecuada.				
6	Los casos de simulación se articulan a mis conocimientos teóricos.				
7	Las instalaciones del centro de simulación tenían los recursos necesarios para el escenario de simulación.				
8	La experiencia con el simulador ha aumentado mi seguridad y confianza.				
9	La simulación me ha ayudado a integrar teoría y práctica.				
10	El taller de simulación me ha motivado han motivado a aprender.				
11	La simulación clínica me ha ayudado a priorizar las acciones de Matronería.				
12	Considera que la interacción con la simulación mejorará mi competencia clínica.				
13	La simulación clínica potencia el trabajo en equipo.				
14	El debriefing (análisis y discusión de los casos) ofrece una retroalimentación verbal y crítica constructiva.				

IMÁGENES

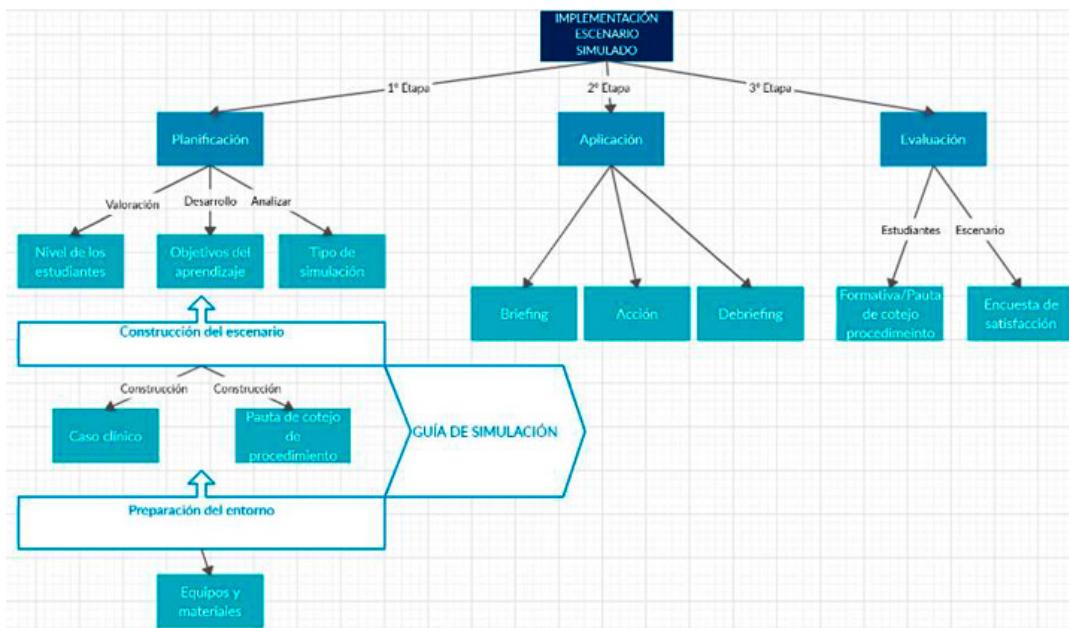


Figura 1. Metodología adaptada de “Simulation in nursing and midwifery education” de Martins et al. (33). /
Methodology adapted from “Simulation in nursing midwifery education” by Martins et al. (33).

Adherencia al examen de Papanicolaou en funcionarias no académicas de la Universidad de Valparaíso, Chile

Adherence to the Pap test in non-academic employees of the University of Valparaiso, Chile

**Marianella Giovine-Altamirano¹, Paz Díaz-Villegas², Tania Rojas-Ramírez³,
Tania Estay-Abarca⁴, Maryel Candia-Mardónez⁴, Claudia Gutiérrez-Mella⁵**

¹Matrona, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

²Matrona, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Dr. Lautaro Navarro, Punta Arenas, Chile.

³Matrona. Servicio de Neonatología. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

⁴Licenciada en Obstetricia y Puericultura de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile.

⁵Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile.

*Autor para correspondencia: mari.giovine@gmail.com

RECIBIDO: 10 de Junio de 2020 |



APROBADO: 04 de Agosto de 2020

DOI: 10.22370/rev.mat.1.2020.2247

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Examen de Papanicolaou, Cáncer cervicouterino, Factores biopsicosociales.

Key words: Pap test, cervical cancer, biopsychosocial factors.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la adherencia al examen de Papanicolaou en funcionarias no académicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

Material y Método: Cuantitativo, descriptivo y transversal. Aprobada por Comité Ético – Científico. Muestra 35/31 por selección dirigida que previa firma de consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario construido y aprobado por pilotaje con 49 preguntas cerradas, dicotómicas y opción múltiple. La información se tabula en base de datos Excel, que luego fueron traspasadas a tablas y gráficas expresadas en número de frecuencia y porcentaje.

Resultados: Dentro de las variables biológicas, el grupo etario se concentra entre 30 a 59 años, siendo el grupo en edad reproductiva quien tiene mayor adherencia al tamizaje, teniendo el examen vigente un 61% de la muestra observada. En las variables sicológicas, el 49% tienen temor al dolor y 65% vergüenza a la posición del procedimiento en el momento de

tomar el Papanicolaou. Dentro de las variables sociales, la causa principal de atraso del examen es la falta de tiempo (69%) y todas las mujeres han recibido algún tipo de información del examen, 48% por médico, 30% por matrona y el 22% otros profesionales.

Conclusiones: Conocer algunas características biopsicosociales de la población femenina permite examinar y generar propuestas de estrategias gubernamentales que permitan una mejor adherencia al examen de Papanicolaou y por ende una detección temprana para la pesquisa del cáncer cervicouterino, orientados a la comodidad y necesidades de la mujer. Además, es necesario ampliar estudios e investigaciones en estos temas que permitan contribuir en la prevención de salud sexual de la mujer, familia y entorno social.

SUMMARY

Objective: To identify biological, psychological and social factors that influence the adherence to the Papanicolaou test in non-academic employees of the Faculty of Medicine, University of Valparaiso, Chile.

Methods: Quantitative, descriptive and transversal. Approved by Ethical-Scientific Committee. Sample 35/31 by directed selection that, after signing an informed consent form, a questionnaire built and validated by piloting with 49 closed, dichotomous and multiple choice questions was applied to them. The information is tabulated in an Excel database, which was then transferred to tables and graphs expressed in frequency number and percentage.

Results: Biological variables, the age group is concentrated between 30 and 59 years, all women have had a Pap test at some point, but 61% have it valid. Psychologically, 49% are afraid of pain and 65% are ashamed of the position of the procedure at the time of having the Pap test. Social, the main cause of the delay of the exam is the lack of time (69%) and all the women have received some type of information from the exam, 48% from the doctor, 30% from the midwife and 22% from other professionals.

Conclusions: Knowing some of the biopsychosocial characteristics of the female population allow to examine and generate proposals for government strategies that will allow better adherence to the Pap test and therefore early detection for cervical cancer screening, oriented to the comfort and needs of women. In addition, it is necessary to expand studies and Research on these subjects to contribute to the prevention of sexual health of women, family and social environment.

INTRODUCCIÓN

En las Américas, se estima que cada año alrededor de 83.200 mujeres son diagnosticadas con Cáncer cervicouterino (CaCu) muriendo 35.680 mujeres por causa de éste, siendo el 52% de las muertes antes de los 60 años. Manteniéndose estas tendencias, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% para el año 2030 (1). Además, cabe señalar que, según la Organización Panamericana de la Salud en el año 2018, las tasas de mortalidad por este cáncer son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica (2).

Actualmente en Chile, el CaCu es la tercera causa de muerte en mujeres entre 20 y 44 años. Los últimos datos estadísticos del país muestran que en el año 2010 hubo 578 muertes por esta causa, siendo el 33% en mujeres menores de 55 años. Aunque la mortalidad por CaCu ha disminuido en la última década, no se logra una reducción del 40% propuesta por el

Ministerio de Salud (MINSAL) para el decenio 2018-2028 siendo una tasa ajustada de 5,8 por 100.000 mujeres para el año 2020 (3).

En esta lucha continua de bajar los índices de morbilidad y mortalidad de mujeres en edades activamente reproductivas y productivas, Chile se basa en los lineamientos del Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030 de la OPS, donde mantienen la proyección de intervenir en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de esta enfermedad, adoptando el desafío de mejorar la efectividad y organización de los programas de cáncer cervicouterino, siendo una de ellas el compromiso en mejorar el tamizaje de CaCu a través de la prueba de Pap (4).

En el programa garantías explícitas en salud (GES) del CaCu en Chile, desde el año 2005 hasta la última versión en el año 2015, contempla como una de las estrategias a utilizar para la prevención y pesquisa temprana de esta enfermedad, la realización del examen de Papanicolaou (Pap) a mujeres perteneciente al sistema público o privado de salud (5)(6). Examen considerado como uno de los métodos de screening más utilizados en la clínica, eficaz y de bajo costo en la atención pública chilena, que consiste en la toma e interpretación de una muestra celular del cérvix uterino. En comparación con el examen de detección del Virus Papiloma Humano (VPH), precursor del 99% de los CaCu, mediante la técnica de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) o Captura Híbrida II (CHII) que es la captación de ADN de VPH oncogénicos en frotis cervicouterinos (7)(8).

En relación a la sensibilidad y especificidad para la citología convencional, la prueba de Pap, es variable según diferentes referencias. Un meta-análisis de estudios observacionales reporta una sensibilidad del 62% y especificidad del 95% para lesiones pre-invasoras de alto riesgo o más, mientras que otros estudios con población de más de 2000 mujeres, la sensibilidad varía de 44 a 86% y la especificidad de 62 a 98% (9) (10).

El programa de salud de la mujer, implementado en Chile en 1997 y vigente hasta el día de hoy, tiene un enfoque de pesquisa, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de la salud de la mujer, incluye dentro de sus prestaciones la prueba del Pap trianual a mujeres entre 25 y 64 años

como estrategia para la pesquisa temprana del CaCu (11). La que tiene como meta sanitaria, de mantener al año 2020, la cobertura igual o mayor al 80% (12), indicador de salud global recomendada por la OMS por los países que han tenido éxito como Luxemburgo (82%), Austria (83%), Bélgica (73%), Canadá (74%), Alemania (74%) y República Checa (73%), entre otros, de manera de reducir al menos del 70% de la incidencia y mortalidad por CaCu (13). Si bien, desde la fecha de implementación del programa hasta el año 2014, ha reducido en un 58,2% la mortalidad por esta causa en el grupo de mujeres gracias a la pesquisa temprana de esta enfermedad, no se ha logrado la cobertura ambiciada del 80%, llegando solo a un 60%, de cobertura de la toma del Pap a nivel nacional (14). Así lo demuestra el estudio de las características sociodemográficas y su relación con la cobertura de Pap en Chile 2009 – 2014 desciende desde 64,3% a 55,6% a nivel país (7).

Tradicionalmente, los esfuerzos mundiales por prevenir el CaCu se han concentrado en examinar a las mujeres para ver si tienen tejido anormal en el cuello uterino, tarea de detección que ha dependido principalmente de la prueba de Pap; pero, si bien dicha prueba ha dado excelentes resultados, existe una baja adhesión de las mujeres beneficiarias a la realización de esta prueba (15).

La investigación en salud estudia no sólo factores biológicos, sino también los factores psicosociales que pudieran influir en la toma de decisiones con respecto al autocuidado de las personas (16)(17), como factores que pueden afectar en la decisión de la mujer de adherir o no a la prueba del Pap, asumiendo la responsabilidad de estas y como afectan a ellos mismos/as y en su entorno social (18).

El equipo de salud, al conocer e identificar factores integrales en salud, biológicos, psicológicos y sociales, tanto negativos como positivos, que atañen a la adherencia al examen del Pap en la mujer permite orientar y replantear estrategias de promoción, prevención, gestión e incluso idear formas innovadoras en el procedimiento, material e instrumentos que se utilizan para la toma del examen que se acomoden a la mujer incentivando su autocuidado en salud ginecológica.

El objetivo de esta investigación es identificar factores biopsicosociales que influyen en la adherencia al examen de Papanicolaou en funcionarias no académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Valparaíso, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio realizado en la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile durante los meses agosto a diciembre de 2017, de diseño cuantitativo, descriptivo y transversal.

Los sujetos de estudio son funcionarias no académicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. Los criterios de inclusión fueron ser mujeres y haberse realizado al menos una vez la prueba de Pap sexualmente activas y, los criterios de exclusión, ser menor de 18 años y no haber iniciado actividad sexual.

El mecanismo para obtener la muestra de la investigación fue por método no probabilístico, de selección intencional, debido a que los casos se seleccionaron en forma intencional, buscando las características de acuerdo con las necesidades de la investigación (19). Así, la muestra estuvo constituida inicialmente por 35 individuos, reduciéndose a 31 unidades de análisis, por motivos de que 3 sujetos se negaron a ser sometidas a las preguntas de la encuesta y 1 por motivos de licencia médica.

A partir del objetivo general y objetivos específicos planteados, se identificaron las variables de estudio. Para el primer objetivo específico, identificar las características biológicas son variables inherentes a la fisiología humana, dentro de una serie de variables, las más destacables fueron la edad y vigencia de la toma del Pap. Segundo objetivo específico, identificar características psicológicas con variables que afectan en la adherencia en la realización de la prueba de Pap, siendo los más notorios el temor a la realización y vergüenza a la realización del examen. Y para el tercer objetivo específico, identificar variables sociales como condiciones sociales en que las personas se desarrollan e impactan sobre su salud, los más relevantes el motivo de atraso de la toma del Pap y personas que entregan información examen del Pap.

Según estas variables, para la recolección de la información, se confecciona un cuestionario aprobado por proceso de pilotaje, aplicado a 15 mujeres no pertenecientes a la muestra de estudio y a través de la metodología de 7 juicios de expertos. De ahí, se modificaron algunas preguntas y alternativas con el fin de facilitar la comprensión del instrumento y recoger la información de forma más fidedigna al momento de la auto aplicación de la encuesta, se generó una versión final del cuestionario con 49 preguntas cerradas dicotómicas, opción múltiple y mixtas, que da la opción otros.

A cada participante se le explicó de manera individual en qué consiste el estudio y el tiempo empleado en auto contestar la encuesta. Una vez que la mujer accede a participar del estudio, lee, acepta y firma consentimiento informado aprobado por Comité de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile, y se le entrega en un sobre identificado con número correlativo, manera de respetar el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de los datos. Pasado 5 días hábiles desde la entrega se retira de forma personal por las mismas investigadoras.

La información obtenida, se tabuló en una base de datos en programa Excel de Microsoft Office 365 que luego se traspasan a representaciones de tablas y gráficas expresadas de manera cuantitativa simple, en número de frecuencia y porcentajes mediante los cuales se obtuvieron los resultados y análisis que condujeron a la conclusión de la investigación.

RESULTADOS

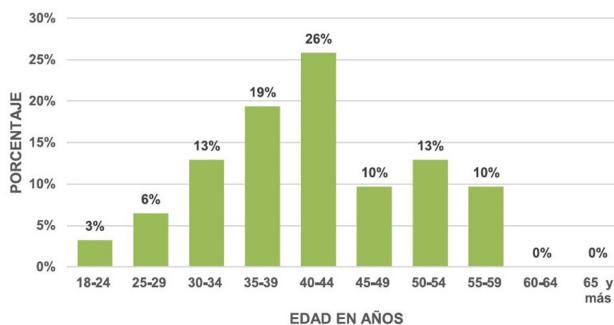


Figura. 1. Distribución de la población según edad, año 2017 (N=31) / Fig. 3. Distribution of the population according to age, year 2017 (N=31)

La edad de la población estudiada se concentra en un rango etario de 30 a 59 años, observando que, en los grupos etarios extremos, es decir, menores de 29 años y mayores de 60 hay un número menor de mujeres.

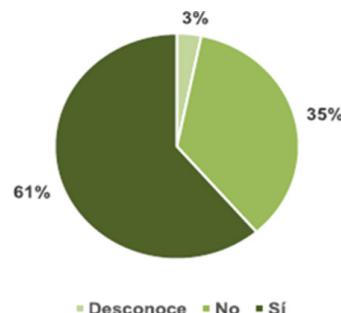


Figura. 2. Distribución de la población según estado de vigencia del examen del Pap, año 2016 (N=31) / Fig. 3. Population distribution by Pap test status, year 2016 (N=31)

Los datos indican que un porcentaje importante de mujeres (61%) tiene vigente el examen del Pap. Pero también, cabe destacar que en este grupo también existen mujeres que desconocen o no tienen vigencia del examen.

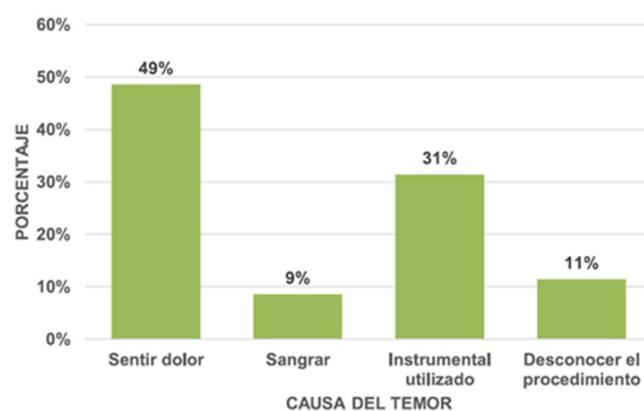


Figura. 3. Distribución de la población según causa del temor al procedimiento del examen del Pap, año 2017 (n=19) / Fig. 3. Distribution of the population according to fear of the Pap test procedure, year 2017 (n=19)

Del total de las encuestadas, 19 (61%) tiene algún tipo de temor al procedimiento del examen del Pap. La mayoría (80%) se concentra en el temor de sentir dolor y al instrumento utilizado. Y con un porcentaje menor, al temor a desconocer el procedimiento y sangrar.

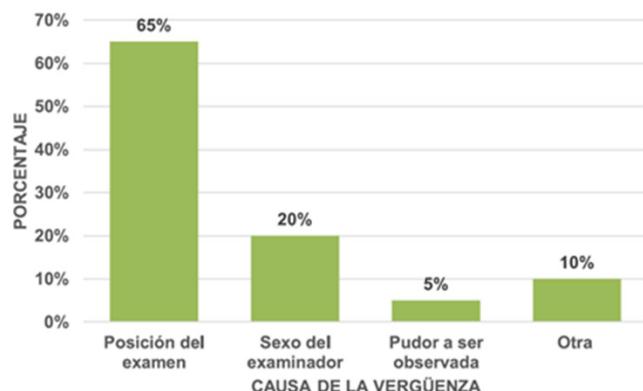


Figura. 4. Distribución de la población según causa de la vergüenza al realizarse el examen del Pap, año 2017 (N=13) / Fig. 4. Distribution of the population by cause of embarrassment at the time of the Pap test, year 2017 (N=13)

El 42% (13) de las mujeres presentan algún tipo de vergüenza al realizarse el examen del Pap. Destaca (65%) la posición al examen, seguido (20%) por el sexo del examinador y sólo el 5% (2 personas) pudor a ser observadas.

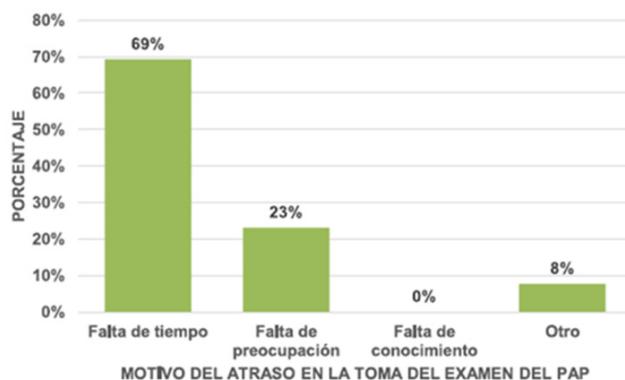


Figura. 5. Distribución de la población según causa de la vergüenza al realizarse el examen del Pap, año 2017 (N=13) / Fig. 5. Distribution of the population by cause of embarrassment at the time of the Pap test, year 2017 (N=13)

De las funcionarias no académicas, 11 (35%) tiene atrasado el examen del Pap. Destacándose el motivo de la falta de tiempo (69%), seguido de un porcentaje no menor al motivo de falta de preocupación.

El gráfico de la figura 6, muestra que la totalidad de las funcionarias no académicas recibieron información del examen del Pap. Sobre sale la información entregada por médico (48%) y Matrona (30%). En un porcentaje menor (10%) por enfermera, otras vías (8%) nadie y profesor (3%).

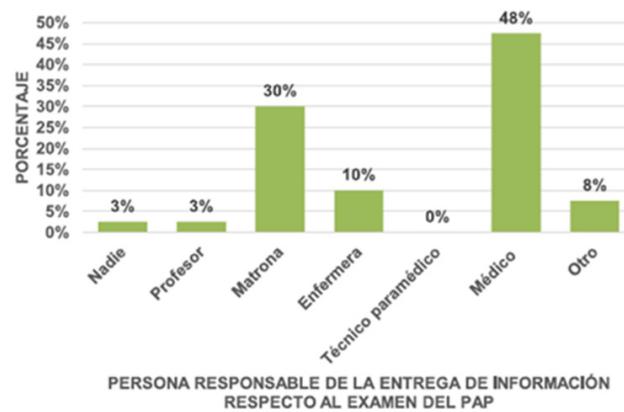


Figura. 6. Distribución de la población según personas que entregan información del examen del Pap, año 2017 (N=31) / Fig. 6. Distribution of the population according to people who report information from the Pap test, year 2017 (N=31)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

A continuación, la discusión de los resultados será presentada desglosando los objetivos específicos planteados para este estudio.

En las variables biológicas, en el estudio chileno de Urrutia et al. (16), se observó que los rangos etarios con mayor adherencia a la toma del Pap es en edad reproductiva. Concordando con los resultados del estudio, en donde el 67% de las funcionarias no académicas se encuentran dentro del rango etario reproductivo de 18 – 44 años. Además, este grupo se encuentra dentro de la población de mujeres cubierta en el programa de pesquisa temprana del CaCu en Chile, que es de 25 a 64 años de edad (6).

Referente a la cobertura del examen del Pap, en centros de investigaciones de Chile, se observa que la citología convencional, el Pap, permite detectar hasta el 84% de los casos de precáncer y del CaCu, pero éste impacto sólo ocurre si se tiene una cobertura del 70 al 80% de Pap vigente en la población femenina (3). Sin embargo, la cobertura promedio en los centros de primarios de salud pública llegan sólo al 60%, porcentaje similar a lo que se observa en la figura 2, donde el 61% de las mujeres encuestadas, tiene el examen del Pap vigente, siendo su motivo principal de atraso la falta de tiempo (69%) como lo muestra la figura 3 y en el estudio de Gajardo et al. (20). Estos resultados indican que se hace necesario reforzar la pesquisa precoz del CaCu en la adherencia a la toma del Pap.

Dentro de las variables psicológicas y la relación con la adhesión al examen y vigencia de tamizaje, existe escasa fuente teórica y estudios científicos de factores biosociales, pero sí, de factores psicológicos, como las variables miedo y vergüenza a realizarse el examen. En el estudio de Garcés et al. (21), identificaron entre los factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo, el miedo ante la realización del examen que supone ser doloroso. Los resultados probados del presente estudio, arrojan que el 61% de las mujeres tienen algún tipo de miedo a la toma del examen y casi la mitad de ellas, manifiesta temor al dolor que le pueda ocasionar el procedimiento como se visualiza en la figura 4.

Referente a la variable psicológica de vergüenza, el 42% de las funcionarias no académicas, afirma sentir vergüenza a realizarse el Pap. De ellas, el 65% es por la posición ginecológica. En el estudio de los chilenos Barrientos et al. (22), sobre las barreras percibidas por las mujeres del sector público de salud que no se toman el Pap, refieren principalmente la vergüenza al realizar el examen con un hombre y la posición que debe adoptar. Por lo tanto, para efectos de este estudio, la vergüenza disminuye la adherencia al examen del Pap.

En las variables sociales, los principales motivos de atraso en la toma del tamizaje en las funcionarias no académicas son la falta de tiempo y la falta de preocupación (69% y 23% respectivamente), lo cual concuerda con el estudio ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?", realizado en Chile, donde algunas mujeres mencionan la falta de tiempo para no tomarse el examen del PAP, como también para no retirar el resultado de éste y la falta de preocupación, utilizando el término "dejación" para referirse al poco interés por acudir a realizarse el tamizaje (23), por lo que para efectos de este estudio, estos motivos de atraso disminuyen la adherencia al examen del Pap.

Educar a la población respecto a los exámenes de pesquisa precoz del CaCu, es una de las herramientas primordiales de prevención. Cabe destacar, que la totalidad de las mujeres del estudio tiene algún conocimiento respecto al examen, así lo demuestra el estudio de Badr et al (24), acerca del conocimiento de utilidad del Pap; 58.3% de las mujeres que conocen la utilidad del Pap, se lo han realizado alguna vez.

Los resultados muestran en la figura 6, que la mayoría de las mujeres refieren recibir información del profesional médico y matrona/matrón (78%).

En otro estudio, de Ramírez et al (25), al preguntar, si sabían para qué servía este examen, la mayoría no tenía conocimiento o respondieron de forma errada, infiriendo, que se les efectuaba el examen sin ser informadas o interpretaban de forma errónea la información entregada por el profesional de salud, personas cercanas, comunicación abierta o redes sociales, deduciendo que es esencial en rol profesional fortalecer la educación en promoción y preventión en salud, entregar conocimiento pertinente y actualizados, haciendo que las usuarias sean capaces de decidir y actuar de forma informada y responsable en el autocuidado de su salud (26).

Al dar a conocer los resultados de la investigación, cabe señalar que debido a la limitación de que se haya realizado en una muestra pequeña, esta no puede ser extrapolable, por tanto, los resultados son probados para este grupo de estudio. No obstante, estos muestran determinantes biopsicosociales comunes, reforzando los ya descritos en la literatura que pudiesen afectar a la adherencia a la prueba de Pap, destacándose a nivel mundial, el rol del profesional matrona/matrón en su labor de promoción y prevención a través de la pesquisa temprana y educación en la toma de la prueba del Pap (27). De ahí que, estos resultados pueden marcar una contribución científica en el ámbito del cáncer cervicouterino, de manera que se pudieran considerar al momento de mejorar y rediseñar estrategias en los programas para la pesquisa temprana de éste cáncer ginecológico, como re diseñar la forma accesibilidad a la toma del examen orientada a la comodidad de la mujer, quizás gestionar en los lugares de trabajo la instalación de centros médicos u otorgar un día libre de trabajo para toma de exámenes de tamizaje y preventivos en salud, crear y utilizar equipos médicos gratos para la realización de procedimientos ginecológicos.

Finalmente, se recomienda ampliar estudios científicos e incentivar a las instituciones públicas y privadas para impulsar concursos e investigaciones que permitan contribuir en la materia de factores que influyen en la adherencia al tamizaje de la población femenina del sector público y privado en salud.

AGRADECIMIENTOS

A todas las funcionarias no académicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile que participaron de manera voluntaria en este estudio.

REFERENCIAS

1. Organización panamericana de la salud. Directrices sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino, [Internet]. Paho.org. 2014 [cited 12 December 2019]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/OPS-OMS-guia-tamizaje-tratamiento-cancer-cervicouterino.pdf>
2. Mitchell C. OPS/OMS | Avances en la prevención y el control del cáncer de cuello uterino [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [cited 12 December 2019]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13746:countries-report-progress-on-preventing-controlling-cervical-cancer&Itemid=42440&lang=es
3. Ministerio de salud, CHILE. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. (1 ed.). Chile: MINSAL; 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf
4. Organización panamericana de la salud. Plan de acción sobre la prevención y control del cáncer cervicouterino 2018 - 2030. (1 ed.). Washington DC: OPS; 2018.
5. Ministerio de salud, CHILE. Guías clínicas AUGE Cáncer Cervico Uterino. (1 ed.). Chile: MIN-SAL; 2005. Disponible en: https://www.saludquillota.cl/informacion_ges/Guias%20Clinicas%20GES/GES%202005/Guia%20GES%20Ca%20Cervicouterino%202005.pdf
6. Ministerio de salud, CHILE. Guías clínicas AUGE Cáncer Cervico Uterino. (3 ed.). Chile: MIN-SAL; 2015. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf>
7. Marín, M. Características sociodemográficas y su relación con la cobertura del Papanicolaou, Chile. Chile : Universidad de Chile; 2017. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/543/Tesis_Marcela%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Arévalo B. Arturo Raúl, Arévalo Salazar Dory E., Villarroel Subieta Carlos J. El Cáncer de Cuello Uterino. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2017 [citado 2019 Dic 13]; 23(2): 45-56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es.
9. Ferreccio, C. Nuevas estrategias de preventión y control de cáncer de cuello uterino en Chile. Revista de Salud Pública de México. 2018; 60 (6): 713-721. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n6/0036-3634-spm-60-06-713.pdf>
10. Fica Alberto. Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile: Mucha vacuna y poco Papanicolaou. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Dic 10]; 31(2): 196-203. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000200010>.
11. Ministerio de salud, Chile. Programa Nacional de Salud de la Mujer. [En línea]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-mujer/> [Consultado el 13 de diciembre de 2019].
12. Ministerio de salud, Chile. Estrategias nacionales de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020. Chile : MINSAL; 2012 Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
13. Organización mundial de la salud. Monitoreo de la salud para los ODS. Washington DC: OMS; 2019.
14. Comisión de salud asociación chilena de municipalidades. Estudio Cuanti-Cualitativo sobre Cobertura Papanicolaou en Población Usuarias de Atención Primaria de Salud Municipal. Chile: MIN-SAL; 2015
15. Ramírez, E. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Argentina: Universidad de la Plata; 2015 Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/45145>
16. Urrutia María Teresa, Gajardo Macarena. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Dic 13]; 80(2): 101-110. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000200002>.

17. Caqui, A. "Factores Socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1876/TITULO%20%20Caqui%20Crisostomo%2C%20%20Mademoiselle%20Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachope AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino: revisión. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2017;19(2):129-43. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt>
19. Otzen Tamara, Manterola Carlos. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Dic 13]; 35(1): 227-232. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.
20. Gajardo, M, Urrutia, MT. Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.* 2017; 82 (6): 707-712. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000600706&lng=es&nrm=iso
21. Garcés, I, Rocha, A. Barrera para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en Colombia: Una narración narrativa. *Revista Investigaciones Andina.* 2015; 18 (33): 1647-1663. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239053104004.pdf>
22. Barrientos J, Colocho I, Romero P, Urbina N. Factores que influyen en la falta de realización de citología en mujeres sexualmente activas en la comunidad Los Héroes de la Unidad de Salud el Palmar de Santa Ana: Universidad Autónoma de Santa Ana, El Salvador, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7430718/factores-que-influyen-en-la-falta-de-realizacion-de-citol...>
23. Urrutia S, Poupin B, Concha P, Viñales A, Iglesias N, Reyes I. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. 2006 Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200005
24. Badr N, Buedo P & cols. Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. *Archivo de Salud Familiar y General, Argentina.* 2012; 9(1): 13-25 Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/35>
25. Ramírez E. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata. *Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de la Plata;* 2015. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45145/Documento_completo.pdf?sequence=1
26. Frenz P. Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev. Chi. Salud Pública.* 2005; 9(2): 103-10. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20128>
27. Léniz Martelli Javiera, Van De Wynngard Vanessa, Lagos Marcela, Barriga María Isabel, Puschel Illanes Klaus, Ferreccio Readi Catterina. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 Ago [citado 2019 Dic 10]; 142(8): 1047-1055. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000800012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000800012>.

Horizontes para una Matronería Comunitaria Tensiones y oportunidades para una praxis territorial

*Horizons for a Community Midwifery
Tensions and opportunities for a territorial praxis*

Gonzalo Infante-Grandón¹, Augusto Obando-Cid²

¹Matrón; Departamento de Obstetricia y Ginecología; Departamento de Salud Pública.
Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Región de La Araucanía, Chile.

²Matrón; Departamento de Salud Pública.
Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Región de La Araucanía, Chile.

*Autor para correspondencia: gonzalo.infante@ufrontera.cl

RECIBIDO: 25 de Junio de 2020 | APROBADO: 21 de Agosto de 2020



DOI: 10.22370/rev.mat.1.2020.2312

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Matronería; Asistencia Sanitaria; Salud Sexual; Salud Reproductiva; Salud Comunitaria.
Key words: Midwifery; Delivery of Health Care; Sexual Health; Reproductive Health; Public Health.

RESUMEN

El presente ensayo propone un análisis crítico de la realidad de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR) en el contexto de pandemia, en consideración de la priorización de ciertas acciones de salud y en desmedro de otras, que han generado la invisibilización de prestaciones y profesionales, lo que afecta –de forma particular– a las mujeres, familias y comunidades, en los ámbitos relacionados. Por ello, se plantea la necesidad de repensar lo comunitario como el intersticio superador –espacio de interacción y ocurrencia– del accionar de la matronería. Considerando estos argumentos, se esgrime como necesario superar falsos dilemas –entendidos como diferendos– para enfrentar la crisis socio-sanitaria, propiciando con ello la transformación de la disciplina en un agente social que participe de la conformación de una sociedad reconstruida y reconfigurada, en tanto pacto social.

ABSTRACT

This essay proposes a critical analysis regarding the reality of Sexual and Reproductive Health (SRH) in the pandemic context, considering the prioritization of certain health actions to the detriment of others; thus generating the invisibility of benefits and professionals, which affects –particularly– women, families and communities, in areas related to the SRH. For this reason, there is a need to rethink the community, as the overcoming gap – space for interaction and occurrence – of the actions of the Midwifery. Considering these arguments, wielded as necessary to overcome false dilemmas –understood as disagreements– to face the socio-sanitary crisis, thereby promoting the transformation of the discipline into a social agent, participating in the formation of a reconstructed and reconfigured society, according to a social pact.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019 se notificó en Wuhan (China) el primer caso de coronavirus tipo 2 (1) causante del síndrome respiratorio agudo grave o SARS-CoV-2 (mundialmente nominado como COVID-19). La infección provocada por el virus escaló vertiginosamente a una situación de *pandemia*, originando una crisis sanitaria de alcance global, con características de catástrofe. En Chile, el primer caso se notifica el día 3 de marzo del año 2020 (2), reconfigurando a partir de ese momento el quehacer de la asistencia sanitaria, que se orienta a los esfuerzos por atender la emergencia.

La reconfiguración excede los límites de la atención en salud, trastocando formas de organización económica, social y cultural. La invitación al confinamiento y distanciamiento social se concibe como una posibilidad para algunos(as) y se convierte en una quimera para otros(as). Las dialécticas vuelven a expresar tensiones permanentes: lo bueno y lo malo, lo central y lo periférico, lo urbano y lo rural, lo institucional y lo popular, lo individual y lo social, lo clínico y lo comunitario, dejando fuera de discusión lo necesario.

En el escenario nacional y global se expresan, de manera preeminente, estrategias orientadas a fortalecer la atención hospitalaria de alta complejidad tecnológica y se acuñan rótulos que definen a los equipos sanitarios de unidades intensivas como la primera línea de acción frente al virus, situando en ellos la responsabilidad de salir airoso frente a la crisis.

El Gobierno de Chile define un “Plan de Acción por Coronavirus” en el que la estrategia para enfrentarlo -coordinada por el Ministerio de Salud (MINSAL)- plantea el “fortalecimiento de la capacidad hospitalaria” (3). En el citado plan, no existe una declaración explícita respecto del quehacer de la Atención Primaria de Salud (APS). De hecho, el 25 de mayo, el subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, en la alocución que diariamente reporta el estado de situación por parte de las autoridades ministeriales, comunica la decisión de “convertir la Posta Central en el corazón de la batalla...en la Región Metropolitana” (4), refrendando el eje central de respuesta en el ámbito hospitalario.

El 3 de junio, el ministro de Salud Jaime Mañalich, atendiendo al insuficiente nivel de trazabilidad y seguimiento de casos y contactos, plantea un complemento y reorientación de la estrategia: “Se tomó la decisión de encargar a la Atención Primaria de Salud, dependiente de los municipios, el seguimiento activo de los casos y sus contactos y generar las alertas apropiadas para tener un aislamiento más efectivo” (5). Esto sugiere un nuevo escenario de integración entre niveles de atención (APS y Hospitalario), emergiendo interrogantes vinculadas a la gestión de los diferentes planes y programas de atención sanitaria, en particular todos aquellos No-COVID.

La propuesta de inclusión de la APS en el enfrentamiento de la pandemia, se convierte en el punto de acceso a lo comunitario, como axioma integrador que sugiere un espacio de síntesis e interlocución entre diferentes niveles y actores, proponiendo un horizonte de superación.

El presente ensayo propone un análisis crítico respecto de la realidad de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR) en el contexto de pandemia, en consideración de la priorización de ciertas acciones de salud en desmedro de otras –que pasan a ocupar un lugar subalterno– con las consecuencias que esto produce en las personas que son destinatarias de sus prestaciones. Por lo tanto, el argumento es contrario a dialécticas de confrontación. Más bien, define a lo comunitario como el intersticio superador, en tanto espacio de ocurrencia del accionar de la matronería devenido en el ideario de encuentro para el abordaje de la SSySR.

En virtud de lo anterior, es de particular interés, la concurrencia de la matronería -como disciplina en lo comunitario, dada su presencia extendida en los diferentes niveles y dispositivos de atención institucional de la salud en Chile, en particular lo concerniente a la asistencia sanitaria pública destinada a las mujeres y sus familias.

REFLEXIÓN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La preocupación por la SSySR es permanente y puede ser entendida, en términos biopolíticos, como “la reproducción, las tasas de natalidad y mortalidad, el nivel de salud [y], la esperanza de vida se convierten

en objeto de controles reguladores” (6). Esto implica, asumiendo la existencia de una sociedad de control (7), una serie de estrategias, metas y objetivos de desarrollo propuestos por agencias internacionales, los cuales son implementados -transversalmente- por las naciones del mundo. Los resultados obtenidos son periódicamente sometidos al escrutinio global, atendiendo a la diversidad de realidades contenidas al interior de los países, generando una clasificación acorde al éxito y cumplimiento mostrado.

Durante el desarrollo de la pandemia, diferentes actores institucionales y de la sociedad civil han manifestado preocupación, dando cuenta del impacto negativo que la crisis sanitaria ha tenido y podría provocar en la SSySR. En ese sentido, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) visualiza un socavamiento en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (8), en tanto esta agenda busca “transformar nuestro mundo” para el año 2030 (9).

Los ODS 3 (Salud y Bienestar) y 5 (Igualdad de Género) tienen íntima relación con la SSySR, al definir a la planificación familiar, la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil como grandes áreas de preocupación (8). Por lo tanto, si el confinamiento y los efectos del virus se extienden más allá de 6 meses, se estima que las repercusiones del COVID-19 impactarían en 114 países de ingresos bajos y medianos y afectarían a unas 47 millones de mujeres que tendrían necesidades insatisfechas en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, lo que generaría, como resultado, alrededor de 7 millones de embarazos no deseados (8). En ese mismo período, se avizora un incremento de 31 millones de casos de violencia de género, fundamentalmente la ejercida por la pareja en contextos domésticos (8).

En Chile, desde las subsecretarías y divisiones dependientes del MINSAL han emanado diferentes orientaciones y recomendaciones, tendientes a priorizar acciones sanitarias. En este sentido, la atención de gestantes, puérperas y/o diádas se concibe como ineludible y trascendental (10) en un escenario en el que los ingresos a control prenatal se recomiendan desde las 20 semanas, situación distinta al ingreso precoz desarrollado habitualmente en la APS del país. Por otro lado, se recomienda priorizar, en términos de suspensión de acciones, los controles de regula-

ción de la fecundidad, dando lugar a prestaciones puntuales siempre que la protección anticonceptiva -que proporcionan los métodos- pueda verse en riesgo de disminución (11). Así, se asume, de manera tácita, que acciones de corte preventivo y promocional, como consultas y controles preconcepcionales o talleres educativos prenatales, son labores que pueden ser pospuestas en el escenario pandémico, fortaleciendo la preeminencia de lo curativo.

En virtud de lo anterior, usuarias de los servicios de salud, profesionales de la matronería y especialistas del ámbito gineco-obstétrico, han advertido la inexistencia de protocolos para la atención de SSySR en el escenario de pandemia (12). Además, investigaciones relacionadas con el parto y nacimiento han dado cuenta de la fragilidad de los sistemas de salud para sostener los avances alcanzados en la humanización de los nacimientos, determinando que el COVID-19 es un factor de riesgo para la violencia obstétrica (13).

Si bien después del terremoto que sacudió al país en 2010 las normas sobre regulación de la fecundidad incluyen un capítulo que aborda el quehacer en situaciones de emergencias y desastres (14), la realidad actual y los escenarios futuros con relación al COVID-19 no son alentadores: El aumento de los embarazos no deseados -en particular en mujeres adolescentes-, el incremento en las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS), la violencia sexual, la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos y la violencia obstétrica, entre otras situaciones de vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos, son una preocupación concreta (12). Asimismo, estos ocasionan efectos que se expresan, con mayor intensidad, en comunidades de mayor vulnerabilidad social y material, dando cuenta de la inequidad profunda que afecta históricamente al país (15).

En cuanto a la vinculación comunitaria, desde las directrices institucionales se esgrime como necesaria la generación de estrategias para la difusión de información activa hacia la población (11), sin que las orientaciones releven la importancia de un trabajo colaborativo y propositivo. Además, los actores sociales son considerados sujetos pasivos en el ámbito sanitario institucional.

De esta manera, se alude a la acción intersectorial en tanto se puedan identificar espacios comunitarios que permitan la instalación eventual de algunos

servicios (11). Por este motivo, en el contexto de pandemia, se replica la lógica de la razón instrumental en la relación de las instituciones con los territorios, devolviendo y programando respuestas sin que en forma previa se planteen preguntas (16), a modo de diálogo entre saberes.

LO CLÍNICO Y LO COMUNITARIO: DILEMA NO DIALÉCTICO

En el primer extremo de este dilema ubicamos a *lo individual* dentro de la salud, lo cual apela a todos los aspectos relacionados con la atención del sujeto y a todo el accionar que se proyecta como el fundamento de la práctica médica y de las demás disciplinas de la salud. Esto debe ser entendido en términos conceptuales como “*la clínica*” (17)(18). Estas acciones sobre el sujeto individual han tenido profundas transformaciones, por lo cual se esgrime como necesaria la revisión de dichas prácticas de salud relacionadas con la atención, el diagnóstico y la curación del individuo.

De lo anterior, este cuerpo, superficie viviente en la que se inscribía la enfermedad, se ha complejizado drásticamente desde mediados del Siglo XX, dejando de ser entendido como una entidad monolítica, lo que ha llevado a generar nuevos y complejos niveles de observación/saber (18). Así, este cuerpo fue transformándose, paulatinamente, en organismo (17) y dado estos nuevos niveles de observación/saber fue por tanto necesaria la formación de un nuevo campo de conocimiento, instituyéndose así la biomedicina (19,20).

Esta última comparte con la práctica clínica la atención/observación sobre el individuo y su cuerpo, dando paso en su observación/saber a la aparición de los sistemas, órganos, tejidos y en última instancia, moléculas. Por ello, la salud individual -en la actualidad- ha devenido en un afán microscópico y molecular, dando paso así a complejas tecnologías para representarle, abarcarle, diagnosticarle y tratarle.

Ahora bien, en el otro extremo del dilema podríamos ubicar a *lo comunitario*, un espacio de observación/saber en el que *lo individual* transita hacia el conjunto de individuos. Sin embargo, más que una sumatoria de individuos, este aspecto se debe entender dentro de la complejidad de *lo social* y de sus

interacciones; hablamos por ello, de que el objeto en cuestión es la *población* (21). Desde esta perspectiva comunitaria/poblacional se articulan variados y complejos niveles de observación/saber para estas interacciones, las cuales son posibles de identificar como la familia y el barrio, hasta aquellas expresiones territorializadas entendidas como *comunidad*. Incluso, es posible agregar a esta escala otros espacios territoriales de interacción, como la ciudad y, también, los límites políticos-administrativos del territorio, en donde figuran las comunas, las regiones y -en última instancia- el Estado Nación.

Respecto del Estado Nación, era el objeto poblacional predilecto y el límite territorial de las interacciones sociales que estudiaba la ciencia de la Salud Pública. No obstante, la aparición de entidades supranacionales de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), junto con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), propiciaron una reconfiguración tendiente a la desterritorialización.

En la actualidad -y desde las postrimerías del Siglo XX-, dada la restructuración de la economía a escala global, se configuran espacios de interacción supranacionales en los que intervienen entidades económico-políticas desterritorializadas. A saber: la Unión Europea (UE), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), por nombrar algunas.

Con ello, la ciencia de la Salud Pública se ha transformado, para tratar de abarcar, en última instancia, las interacciones que se dan en la globalidad y que incluyen al planeta entero.

La relación de observación/saber, a nivel poblacional, propició el nacimiento de la epidemiología como disciplina que estudia lo que ocurre sobre el pueblo. Su prefijo, en griego, tiene relación con la visita del médico al pueblo, con la mirada clínica al enfermo (22). Sin embargo, este prefijo fue suplantado por el de peste “*loimos*”. Por ello, hasta hace poco se consideraba a la epidemiología como la disciplina que estudiaba las enfermedades, concepción que, en la actualidad, cambia por el estudio de los estados de la salud (23).

Ahora bien, *lo comunitario*, que es el concepto central de la presente reflexión, se establece como *lo en-común* o *el estar-en-común* o *el sentido-en-común* (24) (25), aquello que dota de humanidad y de sentido a nuestra propia existencia, junto a la de otros y otras. Por ello, cuando discurremos en torno a este nivel de interacción en salud se devela el límite en el cual *individuo* y *población*, como dos aporías abstractas, se intersectan y adquieren la forma de *lo familiar*, de *lo común*, de *lo nuestro*, de *lo propio* y de *lo de todos* y *todas*.

Por lo tanto, lo que se esgrimía como un dilema no es más que un diferendo que puede ser resuelto revisando las escalas y perspectivas que vinculan lo individual del sujeto con la globalidad del Estado Nación y los espacios supranacionales en salud. Es por tanto necesario tensionar los marcos interpretativos, dando cuenta de la historicidad de los procesos que permitieron la emergencia de cada nivel escalar y sin olvidar sus raíces, sean estas biológicas, psicológicas, sociales, culturales, políticas y económicas, en tanto les dieron forma y permitieron su estructuración.

CONCLUSIÓN

ELEMENTOS PARA UNA TEORÍA Y PRAXIS DE LA MATRONERÍA COMUNITARIA

Para proponer una síntesis, podríamos iniciar esbozando una interrogante acerca de cuál es el objeto de la atención de la matronería, lo que se puede responder, en tanto se ha planteado, implícita y explícitamente, como un consenso que define como eje central y objeto de la matronería, la salud sexual, la salud reproductiva y la salud perinatal (26-28).

Ahora bien, una nueva interrogante sería: ¿cuál es el sujeto de la atención de la matronería? responderla da lugar a la emergencia de un dilema previamente abordado: ¿es el sujeto mujer? ¿es el colectivo de mujeres? o ¿es la población?

Interpelando nuevamente a los niveles escalares nos propone esta falsa dicotomía y tensión entre individuo y espacios supranacionales; entre la biomedicina y la salud global.

En relación con lo previamente planteado, y en un esfuerzo de glocalidad (29), podríamos avizorar que el espacio escalar de interacción que deberíamos

priorizar -desde la matronería- es *lo comunitario*, asumiendo que este lugar de intersección alberga la complejidad del sujeto individual devenido en lo molecular, como así también, el espacio político-económico de lo supranacional. *Lo comunitario* es –en tanto espacio material, simbólico e intersubjetivo (25) la interfaz que permite humanizar ambos extremos abstractos de la falsa dicotomía sujeto-globalidad, localizando toda abstracción y *re-territorializando* los flujos del mercado (30,31), generando conocimientos parciales, contingentes y disputables (32-34), propiciando el *devenir-con* (35) otros y otras para construir juntos y juntas, lo que compartimos y tenemos en común (24,25).

Es por ello que la matronería debe pensarse y reconstruirse de manera comunitaria, para reconfigurar al objeto y al sujeto de su atención, produciendo-*con* (35) otros y otras conocimientos situados (32,33) y estableciendo prácticas de salud *re-territorializadas* (36)(37) de *cuidado-con* y *acompañamiento-con* otras y otros, en ese espacio/interacción que nos es común, nos otorga un sentido-*en-común* y nos permite el *estar-en-común* (24) (25), que no es otro espacio/interacción que lo comunitario.

Finalmente, es menester dejar en evidencia -dada la crisis de la SSySR ocasionada por la pandemia del COVID-19 a nivel global y local- que *lo comunitario* se erige como el espacio fundamental de intervención para dar respuesta a esta crisis sanitaria en el que la matronería es privilegiada, dada su vinculación y su interacción con este, tanto desde su nacimiento como disciplina, pero también en momentos de crisis social. Con ello se releva la importancia de *lo domiciliario*, del espacio íntimo de la familia y de las interacciones primarias y fundantes de lo social, para la renovación de las confianzas y la construcción de la salud de manera colectiva, en una praxis de rememoración que trae a la epidemiología de regreso, rescatando sus raíces fundacionales, abrigando esperanzas de superación de la crisis socio-sanitaria en tanto pacto social. Por lo tanto, es urgente que la matronería interactúe y se vincule –como agente social- al espacio germinal de una sociedad reconstruida y reconfigurada, incluyendo en su repertorio las prácticas y saberes tradicionales que dieron origen y cauce a su desarrollo.

REFERENCIAS

1. **Organización Mundial de la Salud.** Nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. OMS. 2020 [citado 6 de agosto de 2020]. p. 5. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
2. **MINSAL.** Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. 2020 [citado 13 de junio de 2020]. p. 2. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>
3. **Gobierno de Chile.** Plan de Acción por Coronavirus [Internet]. 2020 [citado 10 de agosto de 2020]. p. 2. Disponible en: <https://www.gob.cl/coronavirus/plandeaccion/>
4. **Ministerio de Salud - Gobierno de Chile.** ¡Todos juntos saldremos adelante! La ex Posta Central utiliza innovador tratamiento para manejo de pacientes con Covid-19 - División de Organizaciones Sociales [Internet]. 2020 [citado 10 de agosto de 2020]. p. 2. Disponible en: <https://dos.gob.cl/todos-juntos-saldremos-adelante-la-ex-posta-central-utiliza-innovador-tratamiento-para-manejo-de-pacientes-con-covid-19/>
5. **Ministerio de Salud - Gobierno de Chile.** Gobierno incorpora a la salud municipal en la trazabilidad de pacientes COVID-19 [Internet]. MINSAL. 2020. p. 4. Disponible en: <https://www.minsal.cl/gobierno-incorpora-a-la-salud-municipal-en-la-trazabilidad-de-pacientes-covid-19/>
6. **Byung-Chul Han.** Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. 1a Edicion. Barcelona , España: Herder; 2014. 127 p.
7. **Deleuze G.** Post-scriptum sobre las sociedades de control [Internet]. Polis. Revista Latinoamericana. 2006 [citado 9 de julio de 2020]. p. 7. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/5509>
8. **Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).** Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil La pandemia representa un peligro para la consecución de los resultados transformadores [Internet]. UNFPA. 2020 [citado 20 de julio de 2020]. p. 1-8. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_23_April_2020_ES.pdf
9. **NACIONES UNIDAS.** La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago, Chile; 2018 [citado 17 de junio de 2020]. p. 93. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
10. **SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES.** ORIENTACIONES PARA EL MANEJO DE CASOS SARS-COV2 (COVID-19) EN GESTANTES, PUÉRPERAS Y/O DÍADAS [Internet]. División de Prevención y Control de Enfermedades. Santiago, Chile; 2020 [citado 9 de agosto de 2020]. p. 32. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUÉRPERAS-Y-0-DiADAS.pdf>
11. **SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES DDAP.** RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA SARS-CoV-2 [Internet]. División de Prevención y Control de Enfermedades. 2020 [citado 9 de agosto de 2020]. p. 14. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>
12. **APROFA.** Chile sin acceso a salud reproductiva y sexual: encuesta de Miles denuncia preocupantes cifras [Internet]. 2020 [citado 10 de agosto de 2020]. p. 4. Disponible en: <https://www.aprofa.cl/2020/05/19/chile-sin-acceso-a-salud-reproductiva-y-sexual-encuesta-de-miles-denuncia-preocupantes-cifras/>
13. **Sadler M, Leiva G, Olza I.** COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. Sex Reprod Heal Matters [Internet]. 1 de enero de 2020;28(1):1785379. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379>
14. **Ministerio de Salud - Gobierno de Chile.** NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD [Internet]. Santiago, Chile; 2018 [citado 2 de julio de 2020]. p. 252. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf
15. **Labra ME.** La reinvenCIÓN neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. Cad Salud Pública [Internet]. agosto de 2002;18(4):1041-52. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200200040010&lng=es&tlang=es

16. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colect* [Internet]. 24 de junio de 2016;12(2):149. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976>
17. Canguilhem G. Escritos sobre la medicina. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2004. 128 p.
18. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2008. 272 p.
19. Haraway D. Ciencia, cyborgs y mujeres La reinvencción de la naturaleza. Madrid: Universitat de València: Ediciones Cátedra; 1995. 222 p.
20. Rose N. Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria; 2012. 584 p.
21. Foucault M. Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978). 1a Edición. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006. 484 p.
22. Pino LM, Hernández J. Los conceptos de peste y epidemia: semántica y lexicografía. *Rev Filol y Lingüística*. 2008;26:191-204.
23. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press; 2014. 376 p.
24. Esposito R. *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Amorrortu; 2007. 214 p.
25. Nancy J-L. La comunidad inoperante. Lom Ediciones; 2000. 188 p.
26. Lillo E, Oyarzo S, Carroza J, Roman A. Midwifery in Chile - A Successful Experience to Improve Women's Sexual and Reproductive Health: Facilitators & Challenges. *J Asian Midwives* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 8 de junio de 2020];3(2):48-55. Disponible en: <https://ecommons.aku.edu/jam/vol3/iss1/>
27. Binfa L, Pantoja L, Gonzalez H, Ransjö-Arvíldson A-B, Robertson E. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. *Midwifery* [Internet]. agosto de 2011;27(4):417-23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613810000288>
28. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery* [Internet]. abril de 2016;35:53-61. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613816000383>
29. Infante-Grandón G. GLOCALIZACIÓN, DEL EUFEMISMO GLOBAL A LA REALIDAD LOCAL. En: Solimano G, Ramírez J, editores. SALUD GLOBAL LOS RIESGOS PARA CHILE Y AMÉRICA LATINA. Santiago, Chile; 2018. p. 62-73.
30. Deleuze G, Guattari F. El anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia. PAIDOS IBERICA; 1985. 428 p.
31. Deleuze G. Derrames. Entre el capitalismo y la esquizofrenia. 1a Edicion. Buenos Aires: Cactus; 2005. 384 p.
32. Haraway D. Ciencia, cyborgs y mujeres La reinvenión de la naturaleza. Ediciones Cátedra; 1995.
33. Cruz MA, Reyes MJ, Cornejo M. Conocimiento Situado y el Problema de la Subjetividad del Investigador/a. *Cinta de moebio* [Internet]. diciembre de 2012;45(45):253-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2012000300005&lng=en&nrm=iso&tlang=en
34. Haraway DJ. Testigo_Modesto@Segundo_Milenio. HombreHembra_Conoce_Oncoratón : feminismo y tecnociencia. Cataluña, España: Editorial UOC; 2004. 360 p.
35. Haraway DJ. Staying with the trouble : making kin in the Chthulucene. Durham & London: Duke University Press; 2016. 296 p.
36. Deleuze G, Guattari F. RIZOMA. 1aedicion. Valencia, España: Pre-Textos; 2010. 64 p.
37. Deleuze G, Guattari F. Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. 3a Edicion. Valencia, España: Pre-Textos; 2010. 522 p.

Unidad Clínico Forense: Experiencias y percepciones del equipo de salud respecto a su implementación en el hospital Gustavo Fricke

Clinical Forensic Unit: Experiences and perceptions of the healthcare team regarding its implementation at the Gustavo Fricke Hospital

Rodrigo Neira¹, Lucía Flores², Francisca Valdés³

¹Matrón; Prof. Asistente Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile;
Profesional Programa Nacional de Salud de la Mujer, Subsecretaría de Salud Pública,
Ministerio de Salud de Chile.

²Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Chile.

³Matrona, Servicio de Neonatología, Hospital San Juan Dios, Santiago, Chile.

*Autor para correspondencia: rneirac@uchile.cl

RECIBIDO: 27 de Junio de 2020 | APROBADO: 06 de Septiembre de 2020



DOI: 10.22370/rev.mat.1.2020.2319

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Norma técnica, violencia sexual, medicina forense, medicina legal, política pública.
Key words: Clinical guideline, sexual violence, forensic medicine, legal medicine, public policy.

RESUMEN

En Chile, en el año 2016 fue publicada la "Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual", la cual busca dar respuesta al fenómeno de la violencia sexual, estandarizando la atención, peritaje y manejo de las evidencias, a través de la formación de Unidades Clínico Forense en los servicios de salud, tomando un rol colaborador en la recopilación y manejo de evidencias, además de la atención de salud de la víctima. Si bien se ha dispuesto de recursos para el mejoramiento e implementación de nuevas Unidades Clínico Forense en la red de salud, no existen datos accesibles sobre su instauración y desarrollo. **Objetivo:** Describir desde la perspectiva del equipo de salud, las experiencias en la implementación de la norma para la atención de víctimas de violencia sexual en la Unidad Clínico Forense del Hospital Gustavo Fricke, en el año 2019. **Material y método:** Estudio cualitativo, exploratorio, aplicando una entrevista semiestructurada, a los integrantes de la Unidad Clínico Forense, con un análisis narrati-

tivo de contenido, construyendo categorías acordes con los hallazgos. **Resultados:** La implementación de la Unidad Clínico Forense se vio facilitada por la presencia de un fuerte liderazgo, la motivación personal del equipo, y la autogestión. Sin embargo, los recursos y gestiones proporcionados por los agentes gubernamentales de salud fueron percibidas como insuficientes, comprometiendo la calidad de la atención entregada, y el bienestar emocional del equipo. **Conclusiones:** Pese a las dificultades percibidas durante la implementación de la Unidad Clínico Forense, es considerado por sus miembros como un proceso exitoso.

ABSTRACT

In Chile, in 2016, the "General clinical guideline for the care of victims of sexual violence" was published, which seeks to respond to the phenomenon of sexual violence, standardizing care, expert reports, and the handling of evidence, through the training of Clinical Forensic Units in health services, who

take a collaborative role in the collection and handling of evidence, in addition to the health care of the victim. Although resources have been provided for the improvement and implementation of new Clinical Forensic Units along the health network, there is no accessible data on their development and implementation. **Objective:** To describe from the perspective of the healthcare team, the experiences in the implementation of the general technical standard for the care of victims of sexual violence in the Forensic Clinical Unit of the Gustavo Fricke Hospital. **Materials:** A qualitative, exploratory study, applying a semi-structured interview to the members of the Clinical Forensic Unit, and a narrative content analysis, constructing categories according to the findings. **Results:** The implementation of the Clinical Forensic Unit was facilitated by the presence of strong leadership, the personal motivation of its members, and self-management. However, resources and management provided by the government health agents were perceived as insufficient, compromising the quality of the attention delivered and the emotional well-being of the team. **Conclusions:** Despite the difficulties presented during the implementation of the Clinical Forensic Unit, it is perceived by its members as a successful process.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un fenómeno sensible y complejo en todo el mundo, por los desafíos que conlleva su manejo teórico y práctico tanto por el estado como para la sociedad en su conjunto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia sexual como: "Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima" (1).

La violencia sexual se enmarca dentro de un orden social y cultural, donde los mitos y estereotipos alrededor de lo femenino y lo masculino suponen herramientas de silenciamiento e invisibilización de la violencia (2), situando a las mujeres en diversos contextos desventajosos. Por otro lado, aunque les afecta con menor frecuencia, la violencia sexual hacia los hombres asociado a factores vinculados a la

mASCULINIDAD tradicional obstaculizan el reconocimiento de la experiencia abusiva en los varones (3), quienes también sufren consecuencias físicas y psicosociales.

Un segundo grupo de la sociedad que se encuentra vulnerable debido a sus características intrínsecas son los niños y las niñas. La violencia sexual infantil se define como "el contacto o interacción de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acorde con su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para su edad, pudiendo ocurrir con o sin contacto físico" (4).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del 2013, el 31,9% de las de las mujeres en Chile ha sufrido alguna forma de violencia por sus familiares, pareja o ex pareja, donde el 6,3% ha sido de carácter sexual (5).

En el caso de niños y niñas, el 7,3% declaran haber sido tocados o acariciados sexualmente contra su voluntad o haber sido obligados a tocar sexualmente o a realizar alguna actividad de contenido sexual. El promedio de edad a la cual ocurre el primer abuso sexual es a los 10,5 años. El 87,3% de los agresores de delitos sexuales a los niños y niñas fue un hombre, y en cuanto a la relación de la víctima con su agresor, el 39,9% fue algún familiar y el 45,6% un conocido (5).

De este modo, que el fenómeno de la violencia sexual se encuentre instalado desde las estructuras socioculturales demanda un gran esfuerzo hacia el Estado, y a la sociedad (6). Así, los mejores métodos para combatir la violencia sexual requieren la cooperación de diversos sectores, como los de la salud, de la educación, de bienestar social y de justicia penal, poniendo énfasis en la prevención, velando al mismo tiempo porque las víctimas de violencia tengan acceso a servicios y apoyo apropiados (1).

En Chile se han llevado a cabo múltiples iniciativas en relación a la atención de víctimas de violencia sexual. Estas comienzan en el año 1953 con los peritajes sexológicos en el Servicio Médico Legal (SML). Más tarde, en el año 1995, se implementa el sistema de turnos de 24 horas en sexología forense para la Región Metropolitana (7). Posteriormente, nacen nuevos enfoques que buscan satisfacer la

necesidad de atención en salud de la víctima, como la iniciativa de las Salas de Acogida (Salas Thuthuzela) en los hospitales públicos del Chile en el año 2005, sin resultados exitosos, en parte por la falta de formación y sobrecarga asistencial del recurso humano destinado para este fin (8). En el año 2014, tras la creación del “Consejo Nacional de la Infancia y Adolescencia”, se genera una mesa de trabajo entre el Ministerio Público, Servicio Médico Legal, la UNICEF y el Ministerio de Salud, cuyo interés común fue diseñar un componente transversal e intersectorial para brindar una atención integral y oportuna a las personas que han sido víctimas de violencia sexual (8). Fruto del mencionado trabajo intersectorial, el año 2016 fue publicada la “Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual” la cual fue creada en base a la revisión y actualización de la normativa vigente.

Esta norma define como su objetivo general “Estandarizar la atención, peritaje y manejo de las evidencias en las personas que han sufrido violencia sexual, a través de la definición de un procedimiento único para todos los profesionales y técnicos que intervienen en el proceso”, consolidándose a través de las Unidades Clínico Forense (UCF), las cuales son direccionadas a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (8). Estas unidades se crean con la intención de que representen la puerta de entrada para las víctimas de violencia sexual, tanto a la atención en salud, como al proceso penal, brindando una atención integral, disminuyendo la victimización secundaria y realizando pericias de calidad, tomando un rol colaborador en la recopilación y manejo de evidencias.

Por política pública entendemos la acción gubernamental que moviliza recursos humanos, financieros e institucionales para resolver problemas públicos dentro de una sociedad. La formulación de la política pública comienza desde que un asunto se concibe como problema en la agenda pública (9). Por otro lado, la implementación es el conjunto de acciones que se establecen para lograr los objetivos propuestos; debe ser planificada desde la formulación de la política pública y es considerada la fase crítica en el éxito, ya que es complejo establecer una coordinación colectiva armónica y efectiva (10).

Existen elementos que pueden incidir en el correcto desarrollo de este documento ministerial como la falta de recursos humanos y/o económicos, infraestructura inadecuada, escasa capacitación de los profesionales, o incluso deficiencias en la misma normativa regulatoria, sin embargo, el factor más preponderante es la disposición de los actores involucrados, esto justificado en la presencia de intereses contradictorios, percepciones distintas de los actores en distintos lugares de la implementación y resistencia al cambio (10).

Si bien entre los años 2014 y 2017 se ha dispuesto de recursos al Servicio Médico Legal y al Ministerio de Salud para el mejoramiento de las capacidades ya instaladas y la implementación de 16 UCF en la red de salud (11), no existen datos accesibles sobre el desarrollo y monitorización de estas en los servicios de urgencia, generando desconocimiento en la población sobre dónde acudir ante este tipo de delitos.

En vista de lo anterior, existe la necesidad monitorizar la existencia de las UCF en la red de salud para garantizar el acceso a una atención de altos estándares a las víctimas de violencia sexual, siendo relevante indagar en aquellas UCF ya establecidas, sobre sus experiencias y percepciones durante su implementación, y así entregar directrices a otros centros de salud donde aún no se han desarrollado.

El objetivo general de la presente investigación es describir desde la perspectiva del equipo de salud, las experiencias en la implementación de la norma para la atención de víctimas de violencia sexual en la Unidad Clínico Forense del Hospital Gustavo Fricke, en el año 2019. Los objetivos específicos son: explorar las experiencias del equipo de salud en la implementación de la Unidad Clínico Forense desde su propia perspectiva y describir las barreras y facilitadores en la implementación de la Unidad Clínico Forense desde las vivencias de los trabajadores involucrados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño cualitativo, exploratorio con enfoque fenomenológico, como primer acercamiento al tema, con el fin de plantear nuevas líneas de investigación. La información fue recolectada en el hospital Dr. Gustavo Fricke, ubicado en la Región de Valparaíso, siendo el establecimiento de mayor com-

plejidad de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (12), y el cual tiene implementada la Norma para la atención de víctimas de violencia sexual desde el año 2017, convirtiéndose en el primer establecimiento en contar con una UCF hospitalaria (13), funcionando de lunes a viernes desde 8:00 hasta 17:00 horas y localizado independiente de los servicios de urgencia.

Se presentó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética de investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile, y de la Unidad Asistencial Docente del Hospital Gustavo Fricke.

No se utilizó una muestra, ya que se entrevistó a la totalidad del universo, correspondiente a 5 miembros pertenecientes a la UCF del Hospital Gustavo Fricke, siendo estos 2 médicos pediatras, 1 matrona, 1 técnico en enfermería y 1 administrativa. La unidad de análisis fueron los relatos generados por los trabajadores de la UCF que cumplieron con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Trabajadores que participaron en la implementación de la UCF.
- Criterios de exclusión: Trabajadores que llevasen un tiempo menor a 6 meses en la UCF.

Para la recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada a cada uno de los miembros de la UCF que cumplieran con los criterios anteriormente mencionados. Previamente, se hizo entrega a cada participante de un consentimiento informado que incluyó el objetivo de esta investigación, la metodología, la condición de participación voluntaria y confidencial así como la posibilidad de retirarse en cualquier momento.

Respecto a los criterios de rigor, la confirmabilidad, se salvaguardó por medio de la transcripción textual de las entrevistas, lo cual se complementó con el criterio de dependencia por medio de la revisión de esta por dos investigadores, asignando una codificación a cada participante. Para aumentar la credibilidad se utilizó el método de auditoría externa (14), mostrando el método y proceso de recolección de datos al investigador principal. Se utilizó un análisis narrativo de contenido en forma manual, donde se construyeron categorías acordes con los hallazgos. Al finalizar el estudio, las grabaciones fueron eliminadas de todos los dispositivos utilizados.

RESULTADOS

Se agruparon los resultados según categorías y subcategorías: 1) Inicios de la implementación, 2) Primeras experiencias y percepciones y 3) Evaluación del equipo sobre la implementación. Se observó la progresiva repetición de las respuestas alcanzando la saturación de datos.

Los entrevistados se distinguen como cinco sujetos: Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3, Entrevistado 4 y Entrevistado 5. Debido al reducido tamaño de la muestra, limitamos la caracterización de los participantes para proteger la confidencialidad. A su vez, los nombres propios mencionados se reemplazaron por el cargo correspondiente.

Todos los entrevistados tienen un promedio de tiempo trabajando en la UCF de dos años y seis meses, es decir, desde los inicios de la unidad. Cada uno ha sido capacitado acerca de temáticas relacionadas con violencia sexual. Dos de los entrevistados refieren no haber tenido ninguna experiencia laboral con víctimas de violencia sexual previo a su trabajo en la UCF.

1) Inicios de la implementación

Los participantes de forma unánime relatan que la UCF nace el año 2017 tras la publicación de la Norma Técnica y la delegación de su implementación desde la directiva del hospital a la fundadora y jefa del equipo. Es ella quien inicia las gestiones para su instauración, considerando aspectos administrativos, de infraestructura, gestión de insumos y personal, adecuando la Unidad según lo detallado en la Norma Técnica. Se destaca la motivación personal de la fundadora como motor fundamental para la implementación.

- a. **Niveles de gestión involucrados:** La creación de la UCF se adjudica principalmente a la Jefa de la unidad, además se describen agentes como el Ministerio de Salud como coordinadores de las UCF a lo largo del país; el Servicio de Salud Viña del mar-Quillota a través de una gestora, encargada de la comunicación con la unidad y entrega de recursos e insumos; la directiva del hospital y las gestiones de los mismos miembros de la

UCF de forma particular, principalmente en la obtención y administración de insumos.

- b. **Factores dificultantes:** Se relata la falta de recursos, insumos y personal médico en los inicios de la unidad, al ser compleja la comunicación con la gestora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, ya que desconocía los insumos médicos requeridos por la unidad. Esto debió ser compensado, a través de las gestiones de la propia unidad para la adquisición de los insumos con otras unidades u hospitales. Asimismo, fue nombrado por 2 entrevistados las escasas capacitaciones brindadas por el hospital, tanto para la matrona de la unidad, como para la TENS y administrativa, debiendo autogestionar la búsqueda de formación para el correcto desarrollo de sus funciones en la UCF.

“Algunas cosas incómodas como tener que conseguirse insumos, buscar capacitaciones porque a veces el hospital no nos capacitaba (...) Le pedía apoyo a la gestora y eso fue complejo porque ella ...sin desmerecer obviamente, es trabajadora social entonces ella tenía que comprar ciertos insumos y no me entendía, finalmente como que ella se hizo aparte un poco y tuve que yo coordinar todo” (Entrevistado 2)

Un segundo elemento descrito es que, si bien la norma es considerada por los participantes como una valiosa guía general, dos participantes refieren que existe falta de información en ciertas áreas, uno de los entrevistados menciona que a nivel pericial existían deficiencias.

“Muchas cosas salían en la norma técnica pero no eran tan específicas, o hay cosas que salen en la norma técnica pero que en la práctica no se realizan entonces... hubo muchas cosas que ir aprendiendo (...) fuimos consolidando algunos conceptos de como tomar ciertos exámenes, o más específicos.” (Entrevistado 2)

Un tercer factor relatado fue el desconocimiento de los mismos funcionarios del hospital sobre la existencia y funciones de la UCF, además de la percepción de un trato hostil hacia el equipo desde el entorno hospitalario, por desempeñar sus funciones exclusivamente en la unidad, existiendo incluso cierto nivel de resistencia a la contratación de personal exclusivo para esta tarea.

“...sentimos que el entorno no es amigable con nosotros, el entorno hospitalario, salvo algunas personas. Como que se nos vuelve agresivo, de repente me incomoda porque tengo que proteger al equipo de que nos obliguen a hacer cosas, o se quejen porque no hacemos cosas” (Entrevistado 4).

- c. **Factores facilitadores:** Se relata principalmente la motivación personal de la fundadora de la unidad y sus esfuerzos por el desarrollo de esta, no solo en sus gestiones administrativas, sino también por su fuerte sentido de liderazgo como jefa de la unidad, cohesionando exitosamente a los miembros de esta, fomentando el autocuidado y favoreciendo las posibilidades de formación de sus integrantes.

Otro elemento descrito por los participantes es que la presencia de funcionarios propios y exclusivos para la unidad clínico forense amplía la disponibilidad de la unidad ante la llegada espontánea de usuarios que requieran la atención.

“Debía ser un equipo exclusivo para la unidad clínico forense y no que viniera desde la urgencia “de llamado”, porque por un lado la urgencia ya se ve sobrepasada con la cantidad de pacientes que hay, y por otro lado no se sabe si esos profesionales se encuentran preparados para atender a víctimas de violencia sexual” (Entrevistado 5).

A su vez, los participantes valoran las gestiones realizadas tanto por la dirección del hospital como por el Ministerio de Salud, a través de jefaturas y coordinadores ministeriales quienes, a través de videoconferencias con las distintas unidades a lo largo de Chile, resolvieron dudas sobre la Norma, unificaron conceptos y recibieron retroalimentación sobre ajustes que deberían hacerse a la norma en un futuro.

2) Primeras experiencias y percepciones

La percepción de los entrevistados sobre el proyecto en sus orígenes es unánimemente positiva, valorando la importancia de la privacidad en la atención de las víctimas al tener un lugar exclusivo. Por otro lado, un entrevistado describe la dificultad que significaba la poca experiencia del equipo al ser la primera unidad en Chile.

El equipo describe experimentar un fuerte sentimiento de motivación por su trabajo, especialmente al ver los resultados, evidenciado en la evolución positiva de las víctimas luego de la atención, o en las sentencias entregadas a los victimarios, las cuales representarían el resultado de sus esfuerzos por entregar una atención y peritajes de alto nivel.

“Fue un desafío personal, lo vi como un desafío que cubriría una necesidad ignorada y también tal vez ocultada” (Entrevistado 5).

“He recibido sentencias de juicios, ahí te puedo decir que personalmente tengo una satisfacción, vale la pena el esfuerzo que se hace o el trabajo, en la formación, hacer los trámites, preocuparte que los informes vayan bien, que lleguen a las fechas, que las muestras no se extravíen, no sé po, no les pase nada, no se dañen en el proceso.” (Entrevistado 1).

- a. **Primeras atenciones:** Se describen los primeros encuentros con los usuarios como episodios “fuertes” y “dificiles”. Sin embargo, prevalece el sentimiento de percibir ser “un aporte para la atención de las víctimas”, y “estar haciendo lo correcto”, como una forma de asimilar los primeros sentimientos mencionados. Se relata que al obtener experiencia, adquirieron más capacidades para enfrentar estos episodios. Sin perjuicio de lo anterior, relatan nunca sentir acostumbramiento a estas experiencias.
- b. **Carga psicológica en el equipo:** Los participantes relatan que su trabajo implica una fuerte carga psicológica por lo que significa intrínsecamente el proceso de atención de víctimas de violencia sexual. Este aspecto ha sido autogestionado como equipo, a través de jornadas de autocuidado, utilizando métodos como el defusing posterior a cada atención y

de jornadas de autocuidado. No obstante, son consideradas como escasas las medidas de protección que nacen desde el hospital, pese a ser solicitado y que aparezca explícitamente en la norma.

“-Los jefes de la unidad- Siempre se han preocupado harto de nosotros, de saber que nuestra pega es dura, es terrible en realidad estar escuchando relatos... siempre han estado muy presentes en que nosotros estemos bien, en que no nos afecte, que no lleguemos a un estrés laboral solamente de cansancio mental, entonces la gestión de ellos es super importante porque ellos están con nosotros, están en el día a día, saben lo que hacemos (...) Nosotros lo hacemos como grupo acá... porque en realidad en el hospital no hay mucho cuidado de sus trabajadores.” (Entrevistado 3)

3) Evaluación del equipo sobre la implementación:

La evaluación general es positiva, ya que consideran que la norma es una buena guía general para estructurar la atención y que el estándar ha mejorado progresivamente con la experiencia. Sin embargo, declaran sentir insatisfacción con las gestiones iniciales para el funcionamiento de la unidad, asociado a las instituciones de la red de gestión.

- a. **Elementos que han mejorado:** Los participantes consideran de forma unánime a la experiencia como un factor fundamental para el perfeccionamiento de la UCF, mejorando el orden de la atención, la rapidez, el manejo de documentos y los resguardos para el confort del usuario, relacionándolo también, con la capacitación de sus miembros. Cabe señalar que uno de los entrevistados menciona la mejora en las relaciones humanas del equipo.
- b. **Elementos por mejorar:** Se menciona la importancia de aumentar las horas de atención y la cantidad de personal para transformar a la UCF en un servicio “24/7”, de esta forma asegurar que todos los usuarios reciban una atención y peritaje de alto estándar, lo cual se ve limitado por los escasos recursos humanos y materiales.

Además, describen la necesidad de mejorar la comunicación con el Servicio de Salud de la región y así gestionar los recursos según las necesidades explicitadas por la Unidad.

Se describió también, la sensación de desconocimiento de la población sobre la existencia de la UCF, y por lo tanto, la necesidad de generar mayor difusión en la región. No obstante, reconocen un aumento considerable de pacientes año a año.

“ (...) Y no hay conocimiento...de la gente, de los mismos funcionarios, del público... no existe, a pesar de que llevamos 2 años, todavía, “¿Qué es una unidad clínico forense?” en vez de ser como un servicio de urgencia que todos lo conocen... nada, acá como que no existimos” (Entrevistado 1)

Existe consenso entre los entrevistados que la UCF estudiada cumple los objetivos establecidos en la norma. Un entrevistado hace hincapié en las deficiencias de la red para la contención psicológica del usuario. Por otro lado, los entrevistados consideran importante el perfeccionamiento de esta norma, valorando para su revisión las experiencias de los miembros de la unidad durante el trabajo cotidiano.

“Tiene que haber una red donde la víctima llega a la unidad, se hace el peritaje pero luego tiene que tener su apoyo psicológico, tiene que tener su reparación (...) pero eso no ocurre hoy, tenemos demora de 3 semanas, entonces necesitamos que una víctima sea contenida ahora ya, pero considero que sí, cumple con los objetivos de evitar la victimización secundaria por sobre todas las cosas, eso es lo más importante” (Entrevistado 2)

“Si bien la norma está siendo revisada y actualizada, sería valioso que consideraran lo que pasa en terreno” (Entrevistado 5)

DISCUSIÓN

La implementación de una política pública implica poner en marcha múltiples acciones políticas y administrativas que se soporten mutuamente (15). Es importante que los actores involucrados en su desarrollo no solo sean representantes gubernamenta-

les, sino que también, se considere la participación de otros componentes involucrados de la Sociedad Civil (16). En el caso de la UCF, destaca la fuerte participación de un actor particular, representado en la fundadora de la unidad, quien es considerada por los participantes como una pieza clave en el éxito de la implementación, sumado al fuerte compromiso social y motivación del resto del equipo.

El liderazgo es uno de los factores más determinantes e influyentes en la percepción que tienen los trabajadores del clima organizacional (17), coincidiendo con lo observado en la Unidad Clínico Forense, como un equipo funcional y bien cohesionado. Asimismo, en todo proceso de cambio los líderes se transforman en una pieza clave para participar y potenciar el aprendizaje continuo, tanto el propio como el de sus colaboradores (18). En la UCF esto se ve reflejado en la participación de sus integrantes en capacitaciones asociadas al quehacer de la unidad, viniendo a sumarse esto último a los potenciadores del éxito de su implementación. Con respecto al ámbito psicológico del clima organizacional, se debe tener en cuenta que los prestatarios que brindan atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual se encuentran expuestos a sufrir consecuencias como el síndrome de burnout, la traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia (19, 20). Los resultados evidencian que dentro de la UCF utilizan distintos métodos de autocuidado que provienen desde la autogestión, como las jornadas de autocuidado y defusing, siendo este último una técnica de desactivación inmediata post emergencia que consta de una reunión informal donde participan todos aquellos implicados en la emergencia (21).

Sobre los elementos dificultantes, destacaba la percepción de actitudes hostiles desde otras unidades del hospital, asociadas la subestimación de la importancia de tener un equipo exclusivo abocado a la atención de víctimas de violencia sexual, lo cual pese a ser un modelo único de UCF en Chile, en este caso asegura el cumplimiento de los objetivos de la norma. Este hallazgo es coincidente a lo que se describe ante la existencia de varios agentes involucrados en la implementación de una política pública; donde existe mayor dificultad para lograr el consenso en los objetivos y metas, dificultando el proceso y resultados (15).

Para asegurar que una política se cumpla exitosamente es necesario que la directriz sea conocida, aceptada y adoptada por los actores sociales (22). La falta de difusión hacia el público fue considerado por los entrevistados como problemática al limitar la asistencia de usuarios por desconocimiento. En el caso de las políticas públicas, la propaganda involucra acciones realizadas por actores políticos con el fin de impulsar la adhesión a un sistema de normas y asegurar su aprobación y cumplimiento por la población (22).

CONCLUSIONES

Los miembros de la UCF experimentaron un complejo proceso de implementación debido a diversos factores dificultantes, asociados principalmente a una respuesta insuficiente de los agentes de gestión. Sin embargo, es percibido como un proceso exitoso, destacando la autogestión, el liderazgo y la motivación personal como factores determinantes para su adecuada instauración. Por otro lado, consideramos importante cuestionar e investigar en profundidad cómo estos factores dificultantes ponen en riesgo el éxito de una norma gubernamental fundamental para dar respuesta al fenómeno de la violencia sexual y además, a la salud emocional de sus funcionarios.

REFERENCIAS

1. García-Moreno C., Guedes A. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia sexual* [Internet]. Washington, DC; 2013 [Consultado el 7 de agosto de 2018].
2. Janos E, Espinosa A. Representaciones sociales sobre roles de género y su relación con la aceptación de mitos y creencias sobre la violencia sexual. *Revista Límite* [Internet]. 2015 [Consultado el 24 noviembre de 2019]; 10(33).
3. Mahalik J, Locke B, Ludlow L, Diemer M, Scott R, Gottfried M et al. Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity* [Internet]. 2003 [Consultado el 25 de agosto de 2020];4(1):3-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
4. MINSAL. Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual [Internet]. Santiago; 2011 [Consultado el 7 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa-27720f363a745e04001011e011120.pdf>
5. GfK Adimark. "Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales" [Internet]. 2013 [Consultado el 7 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/Presentacion%20VIF_adimark_final.pdf
6. Alcázar M., Duque C., López J., Muñoz P., Orellana C., Pesce F., et al. Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual [Internet]. Santiago: SML; 2016 [Consultado el 7 de agosto de 2018]. Disponible en: http://icmer.org/adjuntos/NT_ATENCION_VICTIMAS-SML.pdf
7. Montoya S David, Díaz S Ricardo, Reyes O Fernando, Abusleme A Carlos, Garrido C Jaime. Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2004 [Consultado el 05 de enero de 2019]; 69(1): 55-59. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000100012>.
8. Alarcón C. Implementación territorial de las salas de acogida para la atención a víctimas de violencia sexual: ¿Es posible que las instituciones médicas reduzcan la victimización secundaria?. CMS [Internet]. 2019 [Consultado el 23 noviembre de 2019];58(2):57-62. Disponible en: <http://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/08/12.-CMS-VOL-58-N%C3%82%C2%B02.-Alarc%C3%83%C2%B3n-C.pdf>
9. Tapia M, Campillo B, Cruickshank S, Morales G. Manual de Incidencia en políticas públicas. 1ra ed. Alternativas y Capacidades Ciudad de México; 2010.
10. Neira, R. Evaluación del Bienestar materno de mujeres en situación de parto de dos Hospitales del SNSS, Región Metropolitana, Chile, 2010. [Documento PDF].
11. Consejo Nacional de la Infancia. Unidades Clínico Forense [Folleto]. Santiago, Chile 2014 [Consultado el 5 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.hospitalfricke.cl/wp-content/uploads/2017/12/FOLETO_FORENSE_FINAL01.pdf
12. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Quiénes somos [Internet]. 2014 [Consultado el 5 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.hospitalfricke.cl/?page_id=83
13. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Unidad Clínico Forense [Internet]. 2017 [Consultado el 5 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.hospitalfricke.cl/?page_id=8547

14. Hernandez R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. Caracas:

McGraw Hill; 2013.

15. Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Fleisacher E, editor. Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia; 2008. p. 5-12.

16. Rodríguez JM. Políticas públicas. Rev Venez Enfermería [Internet]. 2017, [Consultado el 07 de junio de 2019]; 4(2):17-26. Disponible en: http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_venf/article/view/15917

17. Ponce, P., Pérez, S., Cartujano, S., López, R., Álvarez, C., & Real, B.. Liderazgo femenino y clima organizacional, en un instituto universitario. In Global Conference on Business and Finance Proceedings. 2014 [Consultado el 5 de julio de 2019]; 9(1):1031-1036.

18. Palomo M. Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. 8th ed. Madrid: ESIC; 2019.

19. Ojeda T. El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006 [Consultado el 5 de julio de 2019];52(1):21-27. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/347/319>

20. Puhl, S, Izcurdia, M., Oteyza, G, Escayol, M. Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2016, [Consultado el 5 de julio de 2019]; 23:229-236. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=369152696023>

21. Universitat Autònoma de Barcelona. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) [Internet]. 2015 [Consultado el 25 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://es.coursera.org/lecture/pap/v5-4-la-tecnica-del-defusing-explicacion-BBc9c>

22. Gómez R. Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. Rev Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 [Consultado el 07 de junio de 2019]; 30(1): 223-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a11.pdf>

Especificidades, prioridades y desafíos para el rol de la Matrona, Matrón, en contexto de pandemia por COVID-19

Specificities, Priorities and Challenges for the Role of the Midwives, in the Context of a COVID-19 Pandemic

Paulina López Orellana¹

¹Matrona, MSc, PhD, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso (hasta el año 2019)
Valparaíso, Chile.

*Autor para correspondencia: paulina.lopez@uv.cl

RECEBIDO: 15 de Julio de 2020
APROBADO: 08 de Septiembre de 2020



DOI: 10.22370/rev.mat.1.2020.2360

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: SARS-CoV-2, COVID-19; Salud Materna, Cuidado Perinatal, Matronería.

Key words: SARS-CoV-2; COVID-19; Maternal Health; Perinatal Care; Midwifery.

RESUMEN

La pandemia por virus SARS-CoV-2, de rápida expansión, ha provocado drásticos cambios globales, enfermedades y muertes. Los equipos de salud han enfrentado la urgencia y el control del contagio con nuevas exigencias.

Este trabajo pretende aportar elementos de reflexión para identificar especificidades, prioridades y desafíos relacionados con el quehacer profesional orientado a la protección de la salud de la mujer en el proceso reproductivo y la salud perinatal, en el contexto de pandemia.

Se revisaron publicaciones científicas relacionadas con COVID-19 en los siguientes tópicos : aspectos epidemiológicos, riesgos obstétricos y perinatales, implicancias para el rol profesional, preguntas por investigar y probables futuros escenarios.

El COVID-19 es de alto riesgo materno y perinatal (morbilidad materna, cesárea, parto prematuro); hay transmisión madre-hijo por proximidad, pero la lactancia materna es aconsejable. En contexto de pan-

demia, la atención clínica es más compleja y distante por protocolo. Matronas y matrones pueden liderar un modelo de atención a la mujer y familia altamente humanizado desde el inicio del proceso reproductivo. Específicamente, en el nivel primario se debe priorizar la prevención, detectar e investigar el riesgo. En el nivel hospitalario, en tanto, es prioridad la protección del bienestar de la madre y del recién nacido en su más amplio concepto.

ABSTRACT

The rapidly expanding SARS-CoV-2 virus pandemic has caused drastic global changes, illness and deaths. Health teams have faced the urgency and control of contagion with new demands.

This work aims to communicate elements of reflection to identify specificities, priorities and challenges to the professional role in the protection of women's health in the reproductive process and of perinatal health, in the context of the COVID-19 pandemic. Scientific publications related to COVID-19

were reviewed on the following topics: epidemiological aspects, obstetric and perinatal risks, implications for the midwifery, questions to be investigated and probable future scenarios.

COVID-19 is related with high maternal and perinatal risk (maternal morbidity, caesarean section and premature delivery), there is mother-to-child transmission by proximity, but breastfeeding is advisable. In the context of a pandemic, clinical care is more complex and more distant by protocol. Midwives can lead a highly humanized model of care for women and families from the beginning of the reproductive process. Specifically, at the primary level they must prioritize prevention, detect and investigate risk. At the hospital level, the protection of the well-being of the mother and the newborn in its broadest concept is a priority.

INTRODUCCIÓN

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2, causante de una pandemia por la enfermedad COVID-19, afecta a casi todas las regiones del mundo y nos pone frente a lo desconocido. Es el último dentro de una larga lista de virus que han contagiado a la especie humana en los últimos 20 años (Nipah, SARS-CoV, MERS-CoV, ZIKA, Ébola, H7N9, H1N1) (1).

Epidemiológicamente hablando, el virus tiene una elevada capacidad de contagio. Los estudios en China mostraron que basta con introducir tan solo cuatro casos en una localidad para tener alta probabilidad (>50%) de que la enfermedad se expanda (2).

La enfermedad COVID-19 se considera de letalidad global moderada comparada con sus antecesores SARS y MERS. La letalidad es un indicador heterogéneo y dependiente de la capacidad de un país para identificar los casos y las causas de muerte.

Al respecto, la Organización mundial de la Salud (OMS) recomienda medir la Razón de Letalidad Real o IFR. El valor de este indicador fluctúa entre 0,5% y 1% (3).

La mayor probabilidad de morir por COVID-19 se presenta en las formas críticas (15% de casos), y severas (5% de casos); aumenta con la edad a partir de 60 años y más aún en presencia de enfermedades

crónicas (hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedad renal, condiciones de inmunodepresión) (4).

Dado que la mayoría de los casos se concentra en el grupo etario de 20 a 59 años, este grupo representa un gran desafío para la prevención y cuidados.

La pregunta para matronas y matrones es: ¿Cómo impactará esta pandemia, sus rebrotos y otras condiciones que se anuncian al proceso reproductivo del ser humano? ¿Cómo dar respuestas pertinentes y adaptadas, para proteger el complejo y frágil proceso psicoafectivo durante la gestación, el parto y, más temprano, al momento de desear un(a) hijo (a)? ¿Qué necesitamos saber y decir en medio de una marea mediática que alerta, culpabiliza e infunde temor?

El principal objetivo del presente trabajo es identificar y aportar algunos elementos de reflexión y análisis que permitan identificar las especificidades, las prioridades y los desafíos para la profesión de la matrona y el matrón, en favor de la salud de la mujer en proceso reproductivo y de la salud perinatal, en el contexto señalado.

REFLEXIÓN

En la actualidad, Chile ocupa el lugar 14 a nivel mundial en cuanto a número de personas contagiadas con COVID-19 (5), con una mortalidad acumulada de 77,6 decesos por cada 100.000 habitantes, luego de 180 días desde que fuera diagnosticado el primer caso (6).

Lo que indican estas cifras es que la epidemia tiene diferente impacto según el lugar donde se desarrolla. El mayor o menor estrago depende de las condiciones sanitarias de un país y de su sistema de salud: accesibilidad geográfica, accesibilidad por costo, por cobertura, calidad de la atención, el enfoque de las políticas de estado, presencia o ausencia de campañas preventivas y explicativas por grupos de edades, momento de inicio de las medidas sanitarias respecto al número de fallecidos, tipo de confinamiento. El daño provocado por una epidemia depende de las características demográficas de la población (densidad poblacional, proporción de población mayor de 65 años, urbanismo o ruralidad), de su estilo de vida y de sus factores de riesgo.

Relacionados con las características socioeconómicas influyen asimismo los niveles de pobreza, el hacinamiento en el hogar, en los lugares de trabajo y en los medios de transportes. Al observar este conjunto de variables, es posible ubicar en qué grupos de la población y en qué lugares se sitúan los más altos riesgos.

Atendiendo a lo expuesto, en América Latina, los países con menos casos y menos muertes por COVID-19 son aquellos que han iniciado precozmente las medidas de contención y limitación de la cadena de contagio mediante: cuarentenas, aislamiento y trazabilidad de casos (Costa Rica, Cuba, Uruguay, Venezuela), realización de test de diagnóstico (Costa Rica), notificaciones y registros de deceso (Costa Rica), campañas masivas (Cuba, Venezuela) y apoyo económico a la población vulnerable (Costa Rica, Uruguay) (7, 8). Como resultado, luego de seis meses de pandemia, Cuba (11,3 millones) ha reportado 3.759 casos y 92 decesos, Costa Rica (4,8 millones) ha reportado 24.509 casos y 355 decesos y Uruguay (3,4 millones) con 1.543 casos y 43 muertes (5, 9, 10).

En contraposición, Estados Unidos, Brasil y Chile, países con PIB superior al promedio del continente y con amplios recursos sanitarios, presentaron fallas en uno o más de los aspectos señalados, han presentado largos ciclos de elevado contagio y mortalidad (7).

La pandemia y el pánico

La pandemia por COVID-19 tiene un breve recorrido a escala global, pero su impacto ha sembrado pánico como ninguna otra y “el pánico viaja más rápido que el virus”, vía los medios de comunicación de masas (11).

El artículo “Evidence over hysteria-COVID-19” (Aaron Ginn, 20 marzo 2020) critica el enfoque sensacionalista que distintos medios de comunicación han dado a esta pandemia. Su artículo fue censurado y retirado de la internet. Ello dio cuenta de que es difícil escapar al discurso mediático que se erige como una verdad total, con carácter dominante y censurador. Considerando la calidad de sus fuentes (Universidad de John Hopkins, Institutos de Salud entre otras), el artículo ha tenido defensores en nombre de la libertad de expresión (12).

En salud pública el pánico no es anodino, pues ha conducido a medidas erróneas por parte de algunos gobiernos y a conductas incoherentes de la ciudadanía sin relación con la protección ni con la preventión propiamente tal. Mantenido en el tiempo, afecta la salud mental de la población, especialmente la más vulnerable, y lesiona la confianza en los líderes políticos, en la ciencia y en la misma salud pública (12, 13).

En el ámbito de los procesos reproductivos se asume que, durante la gestación, la mujer necesita conectarse con la vida y con el futuro para realizar su proceso de maternidad. Los eventos cotidianamente peligrosos son generadores de estrés crónico en la gestante y representan un riesgo para la salud materna y perinatal. Los estudios en China han mostrado que las mujeres aumentan significativamente el score de depresión y ansiedad (medido por Escala de Edimburgo) en contexto de pandemia sanitaria y distinguen claramente el rol de los noticieros y reportajes centrados en el recuento de enfermos y de muerte. Los autores señalan que una pandemia por enfermedad infecciosa puede representar para la embarazada una amenaza mayor que la de una catástrofe natural (14).

Quizás porque el factor de amenaza permanece durante un largo período de tiempo, un agente infeccioso altamente contagioso puede estar en todo lugar sin ser visible, puede ingresar al organismo y provocar daño a la madre y a su hijo(a) pudiendo llegar a causar la muerte.

COVID-19 en la gestación

El análisis de varias series de casos de COVID-19 en gestantes coinciden en que su probabilidad de contagio es la misma que la de la población general. En una de las más amplias series (n=757), la incidencia fue del 12,2% (15). La mayoría cursa la enfermedad con forma asintomática o leve.

Con sintomatología presente, se describe con mayor frecuencia tos y fiebre. Para prevenir el contagio intrahospitalario algunos autores recomiendan el test específico de RT-PCR al ingreso al preparto, lo que permite detectar las formas asintomáticas y proteger al feto, al recién nacido y al equipo de salud (16).

En presencia de un test positivo, el embarazo, el parto y el recién nacido se consideran de alto riesgo. Es esperable mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, de fiebre intraparto, sangrado placentario y la posibilidad de descompensación respiratoria. Es también más probable la interrupción del embarazo por operación cesárea para aliviar el distrés respiratorio materno o fetal.

Mortalidad materna

La forma severa es de rara frecuencia y la neumonía es de forma leve con buena respuesta al tratamiento. Dado que la población materna es joven, la muerte por COVID-19 podría considerarse un evento raro, pero no todo está escrito. Falta tiempo y estudios concluyentes para establecer la mortalidad en grupos específicos (15).

Los autores de un estudio de siete casos de muerte materna por COVID-19 en Irán, alertan que la gestante puede ser la más vulnerable del grupo familiar cuando hay contaminación en el hogar, allí la velocidad de contagio es muy alta y entonces las medidas de aislamiento y la consulta hospitalaria debe ser precoz (17).

Velar por la salud y bienestar de la diada madre-hijo(a).

Lo primero es asumir que las mujeres gestantes -frente a cualquier pandemia- requieren un sistema particular y adaptado de prevención, diagnóstico y tratamiento. Matronas y matrones deben aportar desde donde trabajen para que eso se cumpla mediante participación directa en la elaboración de protocolos, normas y guías y si esto no es posible, en su validación y necesaria evaluación.

En obstetricia y perinatología se sabe que no todos los virus son igualmente dañinos. Difieren respecto del momento en que actúan durante la gestación, difieren respecto del daño fetal y perinatal, respecto de la expresión clínica y sus secuelas.

Con el SARS-CoV-2, no hay series de casos que lo sitúen como virus de alta gravedad en obstetricia. No se puede igualar a este virus con el SARS-CoV, por el cual el 50% de las embarazadas infectadas ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y provocó una altísima mortalidad materna (25%) ni con la gri-

pe H1N1 en el año 2009 donde las embarazadas representaban el 1% de los casos y el 5% de las muertes (18).

Hasta el momento, la transmisión vertical por SARS-CoV-2 no ha podido ser probada. La hipótesis de que existiría transmisión vertical se formula a partir de la presencia de IgG y de IgM y presencia de citoquinas en la sangre de los recién nacidos, sin embargo, al examen de RT-PCR no se ha encontrado material genético del virus ni en sangre del cordón, ni en el líquido amniótico ni en la leche materna (19).

A nivel perinatal, el mayor riesgo es el nacimiento prematuro medicamente indicado. El estado de los recién nacidos de término es óptimo en la gran mayoría de las series observadas. En los prematuros la evolución está ligada a la edad gestacional (20-22).

La contaminación madre-recién nacido es posible por contacto cercano. Aunque la mayoría de las formas neonatales son asintomáticas, las formas severas son posibles y frecuentes en el grupo de lactantes menores de 6 meses (23).

La lactancia materna sigue siendo indicada con aplicación de las medidas preventivas señaladas por los protocolos (FIGO, OMS y sociedades de expertos). Es altamente recomendada en caso de nacimiento prematuro. Hay que agregar que en partos y nacimientos muy medicalizados debido a la enfermedad, al riesgo y por la urgencia, la lactancia materna es un espacio privilegiado para la protección integral del bienestar de la diada madre-hija(o) en aislamiento.

Frente a un gran conjunto de riesgos maternos y perinatales, la pregunta es ¿cuándo actuar y cómo actuar? Evidentemente los recursos de atención son limitados, pero las matronas y matrones trabajamos con un set de herramientas de prevención y protección que no tiene costo material. Es el vínculo de confianza, la comunicación, el acompañamiento, el apoyo.

En contexto de pandemia todas las formas de humanización de la atención se vuelven necesarias cualquiera sea el nivel de atención (24). Un objetivo de trabajo es lograr que la mujer disminuya el nivel de temor, que demuestre confianza para comunicar lo que le ocurre. Llegado a ese punto, el rol profesional se despliega naturalmente.

En el nivel hospitalario hace falta una declaración de apoyo formal y serenamente comunicada a la mujer y también al padre. Ellos deben saber que la matrona o el matrón está presente y disponible. En este caso la atención clínica no es suficiente. En el nivel primario de atención es posible establecer el diálogo, abordar miedos y creencias que las mujeres, sus pareja y familia han cultivado en el medio social, aclarar conceptos de la pandemia, entregar información y consejos prácticos. Conocer las condiciones de vida familiar y la rutina permite hacer prevención caso a caso. Esa es la prevención más efectiva.

Es importante entregar a cada mujer una cartilla para su protección y la del feto y recién nacido, sin mensajes alarmantes, mensajes que le entreguen confianza, que le otorguen autonomía para actuar.

Las medidas de contención deben ser adaptadas a las gestantes y puérperas, ellas tienen necesidades particulares y hay que reconocerlas en la práctica. Por ejemplo, durante el confinamiento la necesidad de ejercicio físico puede resolverse con un salvoconducto que las autorice a salir al parque a algún área verde con una persona acompañante. Una indicación que involucre la voluntad de la familia o de la pareja debe ser dada por escrito, por ejemplo: reducir el nivel de exposición a factores frecuentemente estresores en el hogar (televisión, ruido, discusiones bancales) y favorecer instancias simples de distracción. Una mención especial merece la detección de situaciones de alto riesgo o de vulneración de derechos (ej.: violencia doméstica, ambientes laborales hostiles, no cumplimiento en el hogar de las medidas de prevención o de aislamiento) que obligan a resolver con un rol profesional activo y no solo de consejería.

A nivel de la prevención secundaria las mejores acciones son las que se adaptan a los perfiles de riesgo. La evidencia acumulada hasta aquí, reconoce algunas condiciones que hacen a las personas más vulnerables frente a la COVID-19. La Tabla 1 muestra, a modo de orientación para focalizar acciones de prevención, algunas características que han estado mayormente presentes en las formas clínicas severas de COVID-19.

Tabla 1. Condiciones de la población general y de mujeres gestantes que han sido mayormente descritas en formas severas de COVID-19.

Características	
Población General	Gestantes
Mayor de 70 años	Gestantes tardías (mayor de 35 años)
Mayor de 70 años con morbilidades crónicas.	Gestante tardía con comorbilidades.
Morbilidades crónicas ¹	
Déficit de respuesta inmunitaria	
Tratamientos inmunosupresores	
Anemia	
Bajo Peso	
VIH	
Cáncer	
Estrés crónico	
Depresión	
Alta vulnerabilidad psicosocial: uso de drogas, extrema pobreza, confinamiento.	
Eventos de vida que producen baja en la respuesta inmunitaria ejemplo: separación reciente, agotamiento físico y psíquico.	

¹Obesidad, Diabetes, Hipertensión arterial, Falla renal, enfermedad cardiovascular. Fuente: elaboración propia basada en revisión de artículos científicos publicados a julio 2020.

El estado de la investigación en el área de la matrona o el matrón

La corta historia de la pandemia no ha logrado cubrir la duración de una gestación hasta las 42 semanas. Ello impide extraer conclusiones definitivas. La cautela debe imponerse. Hay vacíos importantes por resolver, por ejemplo ¿cuál es la respuesta materna y fetal durante el primer trimestre? Para observar todo el periodo de gestación se requieren estudios de cohorte, hay algunos en curso, pero sus resultados no están aún disponibles (18). Faltan series comparativas. Hasta el momento, la investigación se sitúa en el nivel descriptivo.

Matronas y matrones entregan diariamente atención a grandes grupos de la población femenina esto les da la posibilidad de realizar investigación clínica por observación y seguimiento. Formular estudios

de investigación-acción para sistematizar estrategias de prevención y de afrontamiento validadas por la misma comunidad. Pueden participar en estudios epidemiológicos analíticos enfocados a identificar y medir el rol de los factores de riesgo sociodemográficos, socioeconómicos, laborales y otros relacionados con los niveles de exposición de las poblaciones más vulnerables, que son, a su vez las más pobres.

CONCLUSIÓN

Para una enfermedad emergente como la COVID-19 las evidencias son aún parciales pero suficientes para identificar algunos factores asociados a su gravedad. Además, permiten conocer resultados maternos y perinatales que forman parte del impacto específico que tiene el SARS-CoV-2 en el proceso de gestación, parto y nacimiento.

Con ello, es posible identificar la necesidad de aumentar las instancias de humanización de la atención, de la prevención y protección de la mujer gestante, del feto y del recién nacido.

Una visión estratégica que deberá intervenir en esta u otras pandemias similares y que forma parte del rol profesional de la matrona, matrón, como integrante del equipo de salud.

REFERENCIAS

1. Dhami K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019–COVID-19. Clin. Microbiol. Rev. 2020;33(4):1-48.
2. Kucharski AJ, Russell TW, Diamond C, Liu Y, Edmunds J, Funk S, et al. Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. Lancet Infect Dis. 2020;20(5):553-8.
3. Organización Mundial de la Salud. Estimación de la mortalidad de la COVID-19: nota científica, 4 de agosto de 2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Reporte No.: WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Mortality/2020.1 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333857>
4. De Greef Jea. COVID-19: infection par le virus SARS-CoV-2. Louvain Med 2020. 2020;136(05-06):290-301.
5. Johns Hopkins University. Corona Virus Resource Center [Internet]. 2020 [actualizado 8/27/2020; citado 25/08/2020]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/region>
6. Chile, Ministerio de Salud. Informe Epidemiológico No 45. Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Santiago de Chile: MINSAL; 2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/Informe-Epidemiologico-45-MIN-SAL.pdf>
7. Ruiz-Caro A. Contrastes entre las estrategias para derrotar al COVID-19 en Sudamérica [Internet]. Americas Program; 2020 [actualizado 02/07/2020; citado 8/23/2020]. Disponible en: <https://www.americas.org/es/contrastes-entre-las-estrategias-para-derrotar-al-covid-19-en-sudamerica/>
8. Coronavirus en Cuba: cómo funciona el agresivo modelo de vigilancia epidemiológica contra el Covid-19 [press release]. El Mostrador [Internet]; 2020 [actualizado 03/05/2020; citado 23/08/2020]. Disponible en <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/05/03/coronavirus-en-cuba-como-funciona-el-agresivo-modelo-de-vigilancia-epidemiologica-contra-la-covid-19/>
9. Pan American Health Organization, World Health Organization. COVID-19 Americas' Regional Dashboard. Geographic Distribution of Cases and Deaths Updated [Internet]. Geneva: PAHO-WHO; 2020 [actualizado 8/23/2020; citado 23/08/2020]. Disponible en: <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/efb745c3d88647779beccb91c0e715f9>
10. Pan American Health Organization. COVID-19 data reported by countries and territories in the Region of the Americas [Internet]. Washington: PAHO; 2020 [actualizado 23/08/2020; citado 23/08/2020]. Disponible en: <https://ais.paho.org/phip/viz/COVID-19EpiDashboard.asp>
11. Depoux A, Martin S, Karafilakis E, Preet R, Wilder-Smith A, Larson H. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. J. Travel Med. 2020;27(3).
12. Dornan C. Science Disinformation in a Time of Pandemic [Internet]. Public Policy Forum; 2020 [actualizado 11/06/2020; citado 25/08/2020]. Disponible en: <https://ppforum.ca/publications/science-disinformation-in-a-time-of-pandemic/>
13. Ioannidis JPA. Coronavirus disease 2019: The harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. Eur J Clin Invest. 2020;50(4):e13222.

14. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2): 240.e1-240.e9.
15. Fox NS, Melka S. COVID-19 in Pregnant Women: Case Series from One Large New York City Obstetrical Practice. *Am J Perinatol.* 2020; 37(10):1002-1004.
16. Mehan A, Venkatesh A, Girish M. COVID-19 in pregnancy: Risk of adverse neonatal outcomes. *J Med Virol.* 2020;1-3.
17. Hantoushzadeh S, Shamshirsaz AA, Aleyasin A, Seferovic MD, Aski SK, Arian SE, et al. Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(1): 109.e1-109.e16.
18. Peyronnet V, Sibide J, Deruelle P, Huissoud C, Lescure X, Lucet JC, et al. SARS-CoV-2 infection during pregnancy. Information and proposal of management care. *CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senologie.* 2020;48(5):436-43.
19. Kimberlin DW, Stagno S. Can SARS-CoV-2 Infection Be Acquired In Utero?: More Definitive Evidence Is Needed. *JAMA.* 2020;323(18):1788-1789.
20. Kayem G, Alessandrini V, Azria E, Blanc J, Bohec C, Bornes M, et al. A snapshot of the Covid-19 pandemic among pregnant women in France. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction.* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101826> [in press].
21. Lokken EM, Walker CL, Delaney S, Kachikis A, Kretzer NM, Erickson A, et al. Clinical Characteristics of 46 Pregnant Women with a SARS-CoV-2 Infection in Washington State. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; S0002-9378(20):30558-5 [Advance online publication].
22. Liu D, Li L, Wu X, Zheng D, Wang J, Yang L, et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *American Journal of Roentgenology.* 2020;215(1):127-32.
23. Parri N, Magistà AM, Marchetti F, Cantoni B, Arrighini A, Romanengo M, et al. Characteristic of COVID-19 infection in pediatric patients: early findings from two Italian Pediatric Research Networks. *European journal of pediatrics.* 2020; 179:1315-1323.
24. Allande Cussó R, Navarro Navarro C, Porcel Gálvez AM. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería Clínica.* 2020. *Enferm Clin.* 2020; S1130-8621(20)30315-6.

