

REVISTA  **MATRONERÍA**
ACTUAL
Año 2023

REVISTA MATRONERÍA ACTUAL

Año 4, 2023
Revista con Publicación Continua
Recopilatorio de artículos publicados en 2023
ISSN: 2452-5820

Contemporary Midwifery Journal
Scientific Journal with Continuous Publication
Compilation of Articles Published in 2023

(2023)

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

Revista Matronería Actual Contemporary Midwifery Journal

ISSN: 2452-5820

(2023). Recopilatorio de artículos publicados en 2023

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-Andrade (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-Andrade (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)

Maquetación y Gestor OJS | Layout and OJS Manager:

Cristian Carreño-León (Universidad de Valparaíso, Chile)

Asistente DIBRA:

Rodrigo Castro-Reyes (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revisores | Reviewers:

Julietta Aránguiz-Ramírez (Universidad Diego Portales)
Jonathan Cabrera (Universidad de Santiago de Chile)
Claudia Cornejo-Aravena (Universidad de Chile)
Leonardo Flores-Garcés (Universidad de Aysén)
Cecilia Fredes-Ortiz (Universidad San Sebastián)
Pablo Gálvez-Ortega (Universidad de Chile)
Gonzalo Infante-Grandón (Universidad de La Frontera)
Sergio Jara-Rosales (Universidad San Sebastián)
Claudio López- Labarca (Universidad de Atacama)
Alejandro Madrid-Villegas (Universidad de Playa Ancha)
Marcela Marín-Salgado (Universidad de Talca)
María Isabel Nuñez-Hernandez (Universidad de los Andes)
Ximena Ossa-García (Universidad de La Frontera)
Ximena Paredes-Villarroel (Universidad de Aysén)
Carolina Rodriguez-Carrasco (Universidad San Sebastián)
Leonardo Reyes-Torres (Universidad de Atacama)
José Sánchez-Rodríguez (Universidad Arturo Prat)
Felipe Suárez-Hidalgo (Universidad de Talca)
Militzen Tapia-Wittcke (Universidad Autónoma de Chile)
Mario Vergara-Díaz (Hospital Carlos Van Buren)
Cynthia Vergara-Maldonado (Universidad Austral de Chile)

Correctores de Texto | Text Correctors:

Gonzalo Battocchio-García (Universidad de Valparaíso, Chile)
Estefanía 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



Sr. Ariel Gajardo Larraín
Presidente de la Sociedad Chilena de Matrones y Ultrasonido

Sr. Marcelo Ahumada Céspedes
Tesorero de la Sociedad Chilena de Matrones y Ultrasonido

Sra. Ximena González Chamberlain
Socia de la Sociedad Chilena de Matrones y Ultrasonido

Enero de 2024

Sra. Editora:

Queremos dar a conocer a las y los lectores de Revista Matronería Actual la importancia de la formación de matronas y matrones en ultrasonografía, cuyo objetivo fundamental es ampliar el acceso al examen de ecografía en el sistema público de salud.

En 1834, con la creación de la primera Escuela de Obstetricia -fundada a instancias de Lorenzo Sazié-, que décadas después pasó a depender de la Universidad de Chile, el oficio de la partería se profesionalizó en nuestro país. Con el paso de los años, su práctica ha diversificado sus acciones más allá de la partería tradicional, para cumplir un rol cada vez más específico en el control de la gestación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar al menos una evaluación ecográfica antes de las veinticuatro semanas de gestación para calcular la edad gestacional, afinar la detección de anomalías fetales o embarazos múltiples, reducir la inducción de parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del embarazo (1). Con esos mismos fines, la guía perinatal chilena recomienda la realización de al menos tres ecografías, una en cada trimestre de la gestación, por profesionales debidamente capacitados (2).

En Chile, a nivel general, los controles prenatales están a cargo tanto de médicos gineco-obstetras como de matronas y matrones. En el sistema de salud público, sin embargo, este tipo de prestaciones las realizan mayoritariamente profesionales de la matronería. En efecto, según cifras publicadas por el Ministerio de Salud (MINSAL), en 2020 se realizaron 828.960 controles prenatales en el sector público, de los cuales el 98,5% fue realizado por una matrona o un matrón y apenas un 1,5% por un médico de esa especialidad.

Fue a fines de la década de 1970 cuando llegaron a Chile los primeros equipos ecográficos (3). Con estos, las matronas y los matrones comenzaron a capacitarse en diferentes modalidades. Algunos de esos profesionales fueron formados en la práctica clínica, por médicos, y otros a través de programas de pasantía impartidos en diferentes servicios de Salud, con financiamiento del MINSAL.

No obstante, ante la dificultades de acceso al control ecográfico que persistían en el sistema público, el Ministerio de Salud creó una mesa de trabajo que culminó su labor con la presentación -en 2018- de la Resolución Exenta N°384 (4), que regula los programas de formación y las acciones específicas que pueden realizar las matronas y matrones ecografistas, para mantener así un estándar de formación universitaria adecuado.

De esa manera, la creación de programas de diplomados en ecografía para matronas y matrones tuvo una importante contribución a la formalización y regulación universitaria de esta especialidad de la matronería, lo que lleva a aumentar paulatinamente el número de profesionales capacitados.

Un impacto concreto de lo anterior es la cantidad de ecografías obstétricas que actualmente realizan matronas y matrones. A modo de ejemplo, y de acuerdo con datos aportados por la Dirección Nacional de Matronería del MINSAL, entre enero y noviembre de 2022, en la Atención Primaria de Salud se efectuaron 113.286 ecografías obstétricas, el 76% de las cuales fue realizada por un profesional de esta disciplina.

En 2015, en tanto, nace desde el interés particular de las matronas y los matrones ecografistas la Sociedad Chilena de Matrones y Ultrasonido (SOCHMU), inicialmente conformada por un grupo de treinta profesionales de todo el país. El fin de esta entidad es agrupar a matronas y matrones con formación en ecografía, estimular el desarrollo en investigación, participar y colaborar en la realización de actividades de orden académico, profesional o de perfeccionamiento que contribuyan a la continua formación de sus asociados, tanto a nivel nacional como internacional, en beneficio de las usuarias. Desde entonces y cada año, SOCHMU ha trabajado arduamente por la formación y actualización de profesionales matronas y matrones en ecografía y organiza cada año un congreso científico que está destinado a la actualización y el perfeccionamiento de habilidades y conocimientos. Este congreso se ha realizado en diferentes lugares del país como Rancagua, Concepción, Temuco y Santiago, ayudando así a descentralizar el acceso al conocimiento en este ámbito.

SOCHMU se ha ido convirtiendo paulatinamente en un referente nacional, al punto que hoy cuenta con más de cien socios activos, con los que mantiene contacto directo y los ayuda en la resolución de casos clínicos a lo largo y ancho del país, contribuyendo de esta forma a la equidad en salud. Algunos de sus miembros, con años de experiencia, son coordinadores y profesores de los diferentes programas de postítulos y diplomados en ecografía en destacadas universidades chilenas.

Se puede concluir entonces la importancia de la formación de matronas y matrones en ecografía obstétrica, ultrasonografía y temáticas asociadas, ya que permite disminuir la brecha de acceso de este examen principalmente entre las usuarias del sistema público de salud y, en especial, en zonas alejadas de los principales centros urbanos.

REFERENCIAS:

- 1. Recomendaciones de la OMS:** cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva 2019 . (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>).
- 2. Guía perinatal Chilena, Ministerio de Salud Chile 2015.** https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
- 3. Ortega, T, & Seguel B, Solange. (2004).** HISTORIA DEL ULTRASONIDO: EL CASO CHILENO. Revista chilena de radiología, 10(2), 89-92. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082004000200008>
- 4. Resolución exenta 384:** aprueba "estándares para la formación en ecografía obstétrica-ginecológica para matronas y matrones de la atención primaria de salud" Ministerio de salud. <https://bcn.cl/3hlzr>

Tabla de Contenidos
Table of Content

1. Revisión bibliográfica sobre estrategias no farmacológicas para la prevención primaria de la diabetes mellitus gestacional. <i>Bibliographic review on non-pharmacological strategies for the primary prevention of gestational diabetes mellitus</i>	07 - 18	10. Percepción de los profesionales de Matronería sobre las estrategias para el fomento de la lactancia en neonatos hospitalizados. <i>Midwifery professionals' perceptions of strategies for the promotion of breastfeeding in hospitalized neonates</i>	103 - 110
2. Percepción de los adolescentes y profesores sobre la educación sexual en Chile 2011 - 2021. <i>Perception of adolescents and teachers about sexual education in Chile 2011 - 2021</i>	19 - 38	11. Efectos de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de las mujeres: Revisión de Alcance. <i>Effects of COVID-19 pandemic on female sexuality: Scoping Review</i>	111 - 118
3. Scoping review vulneración de derechos ligados a la atención en las fases del parto. <i>Scoping review violation of rights linked to care in the phases of parturition</i>	39 - 48	12. Percepción de matronas tutores clínicos sobre atención a población migrante. Una mirada desde el nivel primario de salud. <i>Perception of clinical teacher's midwives on the attention to migrant population. A view from the primary health care</i>	119 - 129
4. Políticas públicas de salud en la prevalencia de la diabetes gestacional en Chile (2002 - 2022). <i>Public health policies on the prevalence of gestational diabetes in chile (2002 -2022)</i>	49 - 55	13. Asociación de edad materna avanzada con resultados materno-perinatales en gestantes de un hospital público en Santiago de Chile. <i>Association of advanced maternal age with maternal-perinatal outcomes in pregnant women in a public hospital in Santiago de Chile</i>	131 - 129
5. Tratamientos en humanos para la disfunción eréctil por patología de los vasos sanguíneos. <i>Treatments in humans for erectile dysfunction due to pathology of the blood vessels</i>	57 - 66		
6. Patrones de apego del adulto en embarazadas relacionados con factores protectores y de riesgo psicosocial. <i>Attachment patterns related to protective factors and psychosocial risk in pregnant women</i>	67 - 76		
7. Partos y nacimientos de inmigrantes en hospitales de la Región del Maule, Chile, años 2020 y 2021. <i>Births and immigrant births in hospitals in the Maule Region, Chile, years 2020 and 2021</i>	77 - 83		
8. Mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile durante 1999-2019. <i>Maternal mortality due to hypertensive disorders in Chile during 1999-2019</i>	85 - 91		
9. Tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna: una síntesis de evidencia. <i>Treatments for cracked nipples while breastfeeding:a synthesis of evidence</i>	93 - 101		

Revisión bibliográfica sobre estrategias no farmacológicas para la prevención primaria de la diabetes mellitus gestacional.

Bibliographic review on non-pharmacological strategies for the primary prevention of gestational diabetes mellitus.

Diego Vignolo-G.^{1*}, Sindy Devis-R.², Vania Palomino-V.³, Fabiola Rodríguez-R.³, Jorge Devia-C.⁴

¹Matrón, Carrera de Obstetricia y Neonatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad SEK, Santiago, Chile

² Doctora en Química, Instituto de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Biomédicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad SEK, Santiago, Chile

³ Licenciada en Obstetricia y Neonatología, carrera de Obstetricia y Neonatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad SEK, Santiago, Chile

⁴ Matrón, Académico, Departamento de Promoción de la Salud de la mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

*Autor para correspondencia: diego.vignolo.gon@gmail.com

REBIBIDO: 02 de Noviembre de 2022  APROBADO: 11 de Mayo de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3469

NO SE RECIBE FINANCIAMIENTO, NO SE DECLARAN CONFLICTOS DE INTERÉS | ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESINA DE GRADO PARA LICENCIATURA

Palabras claves: diabetes mellitus gestacional, embarazo, actividad física, nutrición prenatal, prevención primaria y salud de la mujer.

Key words: gestational diabetes mellitus, pregnancy, physical activity, prenatal nutrition, primary prevention, women's health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el estado del conocimiento de las principales estrategias no farmacológicas para la prevención primaria de la diabetes mellitus gestacional (DMG).

Método: revisión bibliográfica tipo narrativa. La búsqueda de artículos se hizo mediante términos MeSH en los buscadores Pubmed, Cochrane y Google académico, con los siguientes criterios de inclusión: estudios de ensayos clínicos relacionados con la prevención primaria de la DMG y estrategias no farmacológicas para la prevención primaria de la DMG en idiomas inglés y español, publicados en los últimos cinco años.

Resultados: las estrategias con resultados positivos para prevenir la DMG fueron aquellas relacionadas con modificaciones nutricionales, principalmente las que utilizan un patrón mediterráneo, programas de actividad física

supervisados por profesionales, actividades educativas iniciadas en la etapa preconcepcional enfocadas en modificar el estilo de vida- y el uso del suplemento inositol. Otras investigaciones, como el uso de probióticos, no fueron concluyentes.

Conclusión: la evidencia propone diversas estrategias no farmacológicas para la prevención primaria de la DMG con resultados efectivos. En ese contexto, se sugiere fortalecer el conocimiento y la capacidad de implementar estas estrategias por parte de profesionales de la salud y, a la vez, aumentar la realización de nuevas investigaciones que colaboren en este proceso.

ABSTRACT

Objective: analyze the knowledge state of the main non-pharmacological strategies for the primary prevention of gestational diabetes mellitus (GDM).

Methods: narrative bibliographic review. The search for articles was carried out using MeSH terms in Pubmed, Cochrane and Google academic search engines, with the following inclusion criteria: clinical trial type studies, related to primary prevention of GDM, and non-pharmacological strategies for primary prevention of GDM, in english and spanish, published in the last five years

Results: the strategies related to nutritional modifications, mainly those using a Mediterranean pattern, professionally supervised physical activity programs, educational activities initiated in the preconception stage that focus on lifestyle modification, and the use of the supplement inositol were those with positive results. Other strategies such as the use of probiotics have been inconclusive.

Conclusion: the evidence proposes several non-pharmacological strategies for the primary prevention of GDM with effective results. In this context, it is suggested to strengthen the knowledge and capacity of health professionals to implement these strategies, and at the same time, to increase the development of new research that collaborates in this process.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una alteración en la tolerancia a los hidratos de carbono que aparece en la segunda mitad del embarazo (1), la cual puede provocar algunas complicaciones perinatales como macrosomía fetal, polihidramnios, parto prematuro, lesiones en el parto, hipoglucemia neonatal, preeclampsia, aumento de cesáreas y aumento del riesgo de padecer DMG en un futuro embarazo (2). En 2019, la Federación Internacional de Diabetes estimó que 20,4 millones de recién nacidos vivos padecían hiperglucemia en el embarazo a nivel global y que el 83,6% de esos casos fueron causados por una DMG. En América del Sur, en tanto, la prevalencia de DMG llegó al 13,5% ese mismo año. Esta situación es considerada como un severo problema para la salud pública mundial, producto de las consecuencias que esta patología puede generar en la población (3,4).

En Chile, la incidencia de DMG para 2015 se estimó en un 13%, registrando ésta un aumento notable desde 2002, que llegó a un 4.4%, siendo los mayores predictores para padecer esta patología la edad mayor a 40 años, los antecedentes familiares de DM II y obesidad (5).

En 2017 la Encuesta Nacional de Salud (6) dio cuenta de un aumento del porcentaje de mujeres chilenas mayores de 15 años con estos factores de riesgo para esta enfermedad. De hecho, la obesidad corresponde a un 33.7% y el sobrepeso a un 36,4% de esta población, lo que hace pensar que la presencia y detección de la DMG seguirá en evidente aumento.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, urge establecer estrategias de prevención para la DMG y con ello minimizar los riesgos asociados a su padecimiento. Sin embargo, las últimas guías clínicas nacionales sobre diabetes y embarazo que datan de 2015 (7,8) contienen escasa información sobre la prevención primaria de esta patología, lo que representa un gran problema, ya que de los tres niveles de prevención en salud establecidos (9), es justo el primario el que se caracteriza por realizar acciones que buscan reducir la ocurrencia de una enfermedad. De este contexto, entonces, surge el objetivo de esta investigación: analizar el estado del conocimiento acerca de las principales estrategias no farmacológicas empleadas en la actualidad para la prevención primaria de diabetes mellitus gestacional.

METODOLOGÍA

Para la investigación se realizó una revisión bibliográfica tipo narrativa, donde se generó una búsqueda literaria utilizando términos MeSH "gestational diabetes mellitus", "pregnancy", "prevention primary", "maternal nutrition", "physical activity" y "women's health", uniendo los términos con operadores booleanos "or" y "and" en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Google académico.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de artículos fueron los estudios tipo ensayo clínico y cuasiexperimentales que emplearon estrategias no farmacológicas para la prevención de la DMG en humanos entre los años 2016 y 2021, en idiomas inglés y español. Se excluyeron de esta investigación artículos de opinión, estudios de tipo observacional y ensayos clínicos publicados antes de 2016, así como, también, artículos publicados en idiomas distintos al español e inglés y ensayos clínicos publicados sobre estrategias farmacológicas en el tratamiento y prevención de la DMG.

De la búsqueda bibliográfica se obtuvo un total de veintiocho artículos, de los cuales siete estaban duplicados y once de ellos no cumplían con los cri-

terios de inclusión. Finalmente se seleccionaron diez artículos que cumplían los criterios definidos (**Figura 1**).

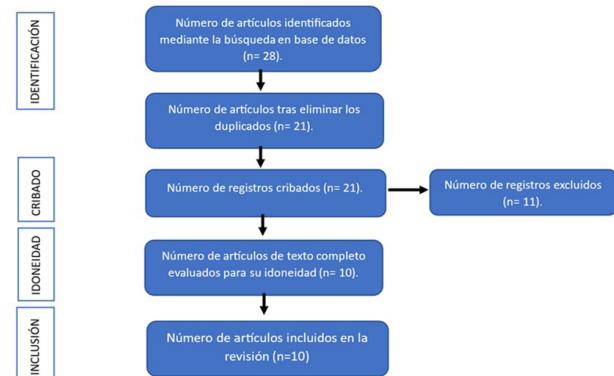


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica para revisión.

RESULTADOS

Se seleccionaron diez artículos en los cuales se utilizaron estrategias no farmacológicas efectivas para la prevención de la DMG. En la tabla N°1 (**Anexo N°1**) se observa la descripción de los artículos revisados, considerando el autor, año de publicación, país de origen, título, tipo de estudio, estrategia utilizada, muestra y sus principales resultados. Los artículos seleccionados se distribuyeron según las estrategias no farmacológicas empleadas en cada uno. En los acápite siguientes se describe cada resultado.

1. Estrategias nutricionales

Los estudios analizados evidencian que una alimentación en base a una dieta mediterránea puede reducir los parámetros inflamatorios maternos, la incidencia de DMG y las complicaciones neonatales. Este patrón alimenticio incluye dos raciones al día de frutas (evitando zumos), tres raciones de productos lácteos desnatados y de verduras al día, cereales integrales y dos o tres raciones de legumbres a la semana. A ello se suma el consumo diario de 40 ml de aceite de oliva extra virgen y 24 a 30 gramos de pistachos al día. Además, incluye el consumo moderado de pescados y un bajo consumo de carnes rojas procesadas, cereales refinados, bollería, bebidas gaseosas y comidas rápidas (**10, 11**).

Otra intervención nutricional analizada en esta revisión logró resultados positivos al recomendar el consumo de 280 gramos de arándanos enteros y de 12 gramos de fibra soluble al día, durante 18 semanas. (**12**).

2. Estrategias de actividad física

Los dos ensayos clínicos analizados demuestran que la realización de actividad física con métodos de ejercicios aeróbicos reduce la incidencia de DMG, pero para ello, quien la haga debe tener una adhesión estricta y una supervisión profesional (**13, 14**).

En ambos estudios el diagnóstico de la patología se realizó con la prueba de tolerancia a la glucosa (PTGO) entre las semanas 24 y 28 de la edad gestacional.

Entre los ejercicios sugeridos encontramos el ciclismo estático (**13**) y los ejercicios graduales, los cuales fueron organizados según recomendaciones del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) de la siguiente manera: iniciar con calentamiento, seguir con ejercicios aeróbicos para fortalecer la masa muscular, la coordinación, el equilibrio y el piso pélvico, y finalizar con aquellos que permitan el estiramiento muscular, con un total de 50-60 minutos por sesión (**14**). Ambos estudios exponen que el ejercicio no genera aumento en el riesgo de parto prematuro ni influye en el peso fetal o del recién nacido.

3. Intervenciones educativas

Los tres estudios analizados recomiendan a las gestantes modificar su estilo de vida a uno más activo y que en ese proceso sean acompañadas de manera continua por un especialista.

El ensayo Radel (**15**) consistió en una sesión grupal inicial sobre asesoramiento dietético por una especialista y en un seguimiento por tres visitas durante la gestación. Además, las participantes recibieron atención prenatal nacional estándar. El asesoramiento dietético se basó en recomendaciones nórdicas de nutrición y de actividad física cuyo objetivo era adoptar un estilo de vida activo, logrando al menos 150 minutos a la semana de ejercicio moderado.

El estudio de Lin et al (**16**) abordó una intervención educativa que consistió en el asesoramiento sobre actividad física. Se recomendó realizar al menos 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada con una frecuencia de 3 a 4 veces por semana, control de peso en el embarazo y dieta que se basó en las directrices chinas de tratamiento de pacientes con DMG diagnosticada. Si bien fue un programa general, éste se adaptó de manera individual a cada participante.

Por último, el estudio de Mohsenzadeh-ledari et al. (**17**) consistió en educar a las participantes con recomendaciones de nutrición basadas en las directrices del ministerio de salud de Irán, más tres sesiones teórico-prácticas de ejercicio. De las distintas intervenciones educativas analizadas destacan aquellas que fueron las iniciadas en el período preconcepcional (**15**).

4. Estrategias de uso de probióticos

Los estudios encontrados en esta revisión refieren que el uso de probióticos de forma diaria logra reducir la prevalencia de DMG a través de distintos mecanismos. Los principales son: alteración de la composición de la microbiota intestinal, mejoramiento de los parámetros inflamatorios maternos y mejoramiento de la sensibilidad a la insulina en el huésped (**18**).

5. Estrategias de suplementación de Inositol

En el artículo analizado se observó que el uso de suplementación con distintos estereoisómeros de inositol, un carbohidrato simple que está presente en las células animales y vegetales que tiene propiedades sensibilizadoras a la insulina, de forma diaria y durante toda la gestación, arrojó como resultado una disminución en la incidencia de DMG en el grupo de intervención versus el grupo placebo (**19**).

DISCUSIÓN

La DMG es una patología que puede causar múltiples complicaciones perinatales (**1**) y, a pesar de que existen esfuerzos por desarrollar programas para prevenir el desarrollo de esta enfermedad y sus riesgos asociados, se ha observado un aumento en los factores predictores de la misma, destacando el estado nutricional de obesidad en mujeres en edad fértil y el antecedente de DMG en gestaciones previas (**4, 5**).

En 2008 se publicó un estudio titulado Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes (HAPO) study (**20**) que fue considerado como una investigación de alto impacto por los grupos de expertos, ya que realizó el seguimiento a veinticinco mil gestantes en quince centros de salud de nueve países. Éste concluyó que los niveles altos de glicemia que no constituyan un diagnóstico de DMG de igual manera pueden generar complicaciones maternas y fetales. Dicho resultado permitió disminuir la incertidumbre de la sociedad científica como también guiar el proceso de construcción de planes de acción específicos para esta población, donde es de suma importancia incluir estrategias de prevención primaria que sean aplicables en controles prenatales y preconcepcionales (**8**).

Dentro de estas estrategias, la nutrición es uno de los pilares en la prevención de la DMG. De hecho, el estudio llevado a cabo por Assaf-Balut et al. (**10**) evidenció que la dieta mediterránea y el consumo de aceite de oliva pueden disminuir la incidencia de DMG e inclusive mejorar varios resultados adversos neonatales. En este estudio (**10**) todas las participantes recibieron recomendaciones básicas de dieta mediterránea, si bien al grupo de intervención se sumó el consumo diario de 40 ml de aceite de oliva extra virgen y 24 a 30 gramos de pistachos al día. En ambos grupos el seguimiento se aseguró mediante tres visitas durante la gestación por la matrona.

Por otra parte, García de la Torre et al. (**11**), quien aplicó en un grupo único de gestantes las mismas recomendaciones de la dieta mediterránea que Assaf-Balut et al, también observó una reducción significativa de la incidencia de DMG. Un punto relevante es que éste hizo la intervención en la práctica clínica real durante toda su atención prenatal estándar en ese país, lo que demuestra que estas estrategias podrían implementarse en controles prenatales. Una desventaja es que los resultados se compararon con los grupos de participantes de Assaf-Balut et al, por lo que esta comparación no fue paralela en el tiempo, como tampoco homogénea, ya que la metodología de ambos estudios es distinta. Con respecto al inicio de la intervención, en ambos estudios comenzaron entre ocho y doce semanas de edad gestacional.

Otra intervención que también logró resultados positivos en la disminución de la DMG fue el consumo de arándanos enteros y de fibra soluble al día

durante dieciocho semanas (12). Esta intervención a diferencia de las dos anteriores, inició en promedio a las dieciocho semanas de edad gestacional.

Las tres investigaciones aplicaron una prueba para el diagnóstico de la DMG entre las veinticuatro y las veintiocho semanas de gestación, pero en los dos primeros fue mediante una PTGO de 75 gramos, usando los criterios de la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IAPSG) del 2009 (21). En cambio, en el último se utilizó el método recomendado por el ACOG (1).

Con respecto a los beneficios de un patrón dietético mediterráneo, estos podrían deberse al alto consumo de ácidos poli y monoinsaturados presentes en los componentes de esta dieta (11). De hecho, el aceite de oliva extra virgen es una rica fuente de estos ácidos grasos y ha demostrado mejorar el perfil inflamatorio (22). Sumado a ello existe una relación inversa entre las gestantes que consumen más frutas y verduras al día y el riesgo de padecer DMG (23), lo que también ayudaría a explicar el beneficio de esta intervención. Además, este patrón dietario no sólo contribuye a la disminución del riesgo de padecer DMG, sino, también, mejora otros resultados adversos en la gestación, como son la preeclampsia y la eclampsia (24).

Caso contrario es la dieta occidental alta en grasas saturadas, carnes rojas y procesadas y nitrosaminas que se asocia a un aumento del riesgo de padecer DMG, sobre todo cuando se sigue este patrón dietético previo al embarazo (25).

En cuanto al consumo de arándanos, estos poseen efectos antioxidantes y antiinflamatorios que inciden sobre el metabolismo de la glucosa y los lípidos, los que sumados mejoran el perfil glucémico y contribuyen a prevenir la DMG (12).

Durante la revisión realizada se encontraron artículos que describen intervenciones que no tuvieron resultados positivos en la disminución de la DMG. En una revisión sistemática de 2017 (26) sobre factores nutricionales para la prevención de la DMG se observó que ninguna intervención dietética en particular reducía la incidencia de la patología excepto la dieta mediterránea, que al parecer es la mejor estrategia en la actualidad según sus resultados.

Otro aspecto importante es la incorporación de actividad física. En los dos estudios analizados, se evidenció que la reducción de la DMG es posible si se desarrollan programas de ejercicios. Sin embargo, es necesario tener presente que los criterios diagnósticos utilizados en uno de los estudios se basaron en los lineamientos de China publicados en 2014 (19), los cuales fueron el valor de glicemia mayor a 92 mg/dl en ayunas o a 180 mg/dl, una hora posterior a la PTGO. Por lo tanto, si se desea utilizar esta estrategia en gestantes en Chile se debe tener presente que los criterios para realizar el diagnóstico que entrega la Guía de Diabetes y Embarazo (7) no son los mismos, lo que no permite asegurar iguales resultados (19, 20).

Sumado a la evidencia encontrada, una revisión sistemática y metaanálisis (27) que incluyó seis ECAs, con un total de 2164 pacientes, concluyó que la intervención con ejercicios podría disminuir de manera significativa el riesgo de padecer DMG y no aumenta el riesgo de parto prematuro ni incide en el peso al nacer. Esto refuerza los resultados encontrados en esta revisión. Por ello, es importante considerar que en Chile se deben fortalecer los programas que incentiven la actividad física en gestantes y mujeres en edad fértil, como lo es el programa Elige Vivir Sano (28).

Con respecto a estrategias educativas, los estudios evidencian la importancia de contar con personal de salud con competencias en cuanto a estrategias preventivas para la DMG que puedan entregar de manera oportuna información y realizar un acompañamiento durante toda la gestación (15).

El ensayo Radiel (15) destaca frente a los demás analizados, porque su estrategia comenzó en el periodo preconcepcional y siguió hasta el postparto, abarcando así toda la gestación. El asesoramiento recibido por las gestantes en cuanto a nutrición e incorporación de actividad física, más la adopción de estilos de vida saludables, logró prevenir de manera efectiva la incidencia de DMG.

Con respecto a los criterios de inclusión de los diferentes artículos se destaca que las participantes debían tener factores de riesgo como IMC igual o mayor a 30 o antecedentes de DMG en embarazos anteriores.

En cuanto a la prueba usada para el diagnóstico los artículos de Lin et al y Radiel utilizaron la PTGO con similares criterios, los que fueron 95 mg/dl en ayunas y 180 mg/dl a la hora, evaluados entre las semanas veinticuatro y veintiocho de la gestación.

Los resultados de estos tres estudios muestran que la educación ha sido un método efectivo en la prevención de la DMG, incluso cuando el seguimiento no se realizó de manera presencial, lo que brinda una estrategia prometedora sobre todo en los tiempos actuales de pandemia por SARS-CoV-2.

Otra estrategia utilizada es el consumo de probióticos. El estudio de Wickens et al. (18) mostró que logró reducir la prevalencia de DMG mediante el uso del probiótico *Lactobacillus rhamnosus* HN001 de forma diaria. Sin embargo, esta diferencia sólo fue significativa utilizando los criterios diagnósticos para DMG de Nueva Zelanda, no así los del IAPSG (13). En contraste, una revisión sistemática Cochrane de 2021 que incluyó siete ensayos a 1.647 pacientes (29) no informó diferencia significativa sobre riesgo de DMG entre los grupos que utilizaron probióticos en comparación con el placebo. Por el contrario, describe una evidencia media alta de aumento del riesgo para preeclampsia en los grupos intervenidos. En este sentido, no existe hasta el momento suficiente evidencia científica que demuestre que la suplementación con probióticos durante la gestación prevenga de manera efectiva la DMG sin riesgos asociados.

Por último, Celentano et al. (19) comparó en su estudio tres tipos de inositol en distintas dosis y demostró que el más eficaz en la prevención de la DMG fue el compuesto por 4.000 mg de mio-inositol diarios. Estos resultados se encuentran en línea con una revisión sistemática y metaanálisis reciente (30), donde se analizaron cinco ensayos controlados aleatorizados a 965 pacientes y se determinó que la administración de inositol es una estrategia novedosa y eficaz para la prevención de la DMG. Además, se asoció a una menor tasa de partos prematuros, lo que brinda a los profesionales una estrategia segura para poder emplear con gestantes que presenten factores de riesgo para DMG.

CONCLUSIÓN

De los estudios analizados en esta revisión se concluye que para disminuir la incidencia de DMG y las complicaciones perinatales por medio de estrategias no farmacológicas se debe:

- Incentivar el control preconcepcional y prenatal con enfoque preventivo en esta patología.
- Recomendar a las gestantes aplicar un patrón de dieta mediterránea, asesoradas por expertos nutricionales que las motiven a cambiar su estilo de vida, sobre todo aquellas con factores de riesgo como obesidad y DMG en embarazo previo.
- Realizar actividad física principalmente aeróbica, tres a cuatro veces a la semana y con una supervisión y seguimiento constante.
- Sugerir el consumo de mio-inositol, en dosis de 4.000 mg al día, ya que este es un producto seguro y de bajo costo.
- Fortalecer el rol y las competencias que tiene el personal de matronería en el desarrollo de estrategias que colaboren en la promoción de un estilo de vida saludable, tanto en el periodo prenatal como preconcepcional.

SUGERENCIAS

Es esencial que los profesionales de la salud que prestan atención a las gestantes tengan el conocimiento y las competencias para implementar estrategias no farmacológicas para la prevención de la DMG. Pero, para ello se debe contar con evidencia y metodologías que aseguren su cumplimiento, las cuales deberían iniciar en el periodo preconcepcional, ya que de esta forma, se podría obtener un resultado más certero sobre las estrategias no farmacológicas más efectivas.

REFERENCIAS

1. ACOG. Practice Bulletin No. 190. Obstetrics & Gynecology [Internet]. Febrero de 2018 [consultado el 26 de febrero de 2023];131(2):e49-e64. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002501>
2. Johns Emma, Denison Fiona, Norman Jane, Reynolds Rebecca. Gestational Diabetes Mellitus: Mechanisms, Treatment, and Complications. Trends in endocrinology and metabolism: TEM, [Inter-

net] November 2018; [consultado el 26 de febrero de 2023] 29(11), 743– 754. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2018.09.004>

3. International Diabetes Federation. Hyperglycemia in Pregnancy. IDF diabetes atlas International Diabetes Federation. [Internet] 2019; [consultado el 15 de enero de 2022]; 9; Disponible en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf

4. Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, Yee A, Hoo FK, Chia YC, Wan Sulaiman WA, Suppiah S, Mohamed MH, Veettil SK. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. Diciembre de 2018 [consultado el 26 de febrero de 2023];18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2131-4>

5. Garmendia ML, Mondschein S, Montiel B, Kusanovic JP. Trends and predictors of gestational diabetes mellitus in Chile. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 24 de noviembre de 2019 [consultado el 26 de febrero de 2023];148(2):210-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13023>

6. Minsal. Encuesta nacional de salud 2016 – 2017 Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública Santiago, [Internet] Noviembre 2017, [consultado el 26 de febrero de 2023]; Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf.

7. Minsal. Guía de diabetes y embarazo. Departamento Enfermedades no Transmisibles Departamento Ciclo Vital [Internet] Noviembre 2015 [consultado el 26 de febrero de 2023] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-DIABETES-Y-EMBARAZO_web-14-11-2014.pdf

8. Minsal. Guía Perinatal. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional Salud de la Mujer [Internet].2015; [consultado el 26 de febrero de 2023] 1:27-39. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLI-CAR.pdf

9. Clark Duncan. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. *American Journal of Public Health and the Nations Health*; [Internet]. Julio 1958; [consultado el 24 de febrero de 2022] 48(7), 947. Disponible <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1551701/>

10. Assaf-Balut C, García de la Torre N, Durán A, Fuentes M, Bordiú E, del Valle L et al. A Mediterranean diet with additional extra virgin olive oil and pistachios reduces the incidence of gestational diabetes mellitus (GDM): A randomized controlled trial: The St. Carlos GDM prevention study. *PLOS ONE* [Internet]. 19 de octubre de 2017 [consultado el 26 de febrero de 2023];12(10):e0185873. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185873>

11. García de la Torre N, Assaf-Balut C, Jiménez Varas I, del Valle L, Durán A, Fuentes M, del Prado N, Bordiú E, Valerio JJ, Herraiz MA, Izquierdo N, Torrejón MJ, Cuadrado MA, de Miguel P, Familiar C, Runkle I, Barabash A, Rubio MA, Calle-Pascual AL. Effectiveness of Following Mediterranean Diet Recommendations in the Real World in the Incidence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) and Adverse Maternal-Foetal Outcomes: A Prospective, Universal, Interventional Study with a Single Group. The St Carlos Study. *Nutrients* [Internet]. 28 de mayo de 2019 [consultado el 26 de febrero de 2023];11(6):1210. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu11061210>

12. Basu Arpita , Feng Du , Planinic Petar , Ebersole Jeffrey L, Lyons Timothy J, Alexander James M. Dietary Blueberry and Soluble Fiber Supplementation Reduces Risk of Gestational Diabetes in Women with Obesity in a Randomized Controlled Trial. *The Journal of nutrition*, [Internet].2021; [consultado el 26 de febrero de 2023] 151(5), 1128–1138. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa435>

13. Wang C, Wei Y, Zhang X, Zhang Y, Xu Q, Sun Y, Su S, Zhang L, Liu C, Feng Y, Shou C, Gelfi KJ, Newnham JP, Yang H. A randomized clinical trial of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus and improve pregnancy outcome in overweight and obese pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. Abril de 2017 [consultado el 26 de febrero de 2023];216(4):340-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.037>

14. Barakat R, Refoyo I, Coterón J, Franco E. Exercise during pregnancy has a preventative effect on excessive maternal weight gain and gestational diabetes. A randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy* [Internet]. Marzo de 2019 [consultado el 26 de febrero de 2023];23(2):148-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.11.005>

15. Koivusalo SB, Rönö K, Klemetti MM, Roine RP, Lindström J, Erkkola M, Kaaja RJ, Pöyhönen-Alho M, Tiitinen A, Huvinen E, Andersson S, Laivuori H, Valkama A, Meinilä J, Kautiainen H, Eriksson JG, Stach-Lempinen B. Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL). *Diabetes Care* [Internet]. 29 de julio de 2015 [consultado el 23 de septiembre de 2021];39(1):24-30. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc15-0511>

16. Lin X, Yang T, Zhang X, Wei W. Lifestyle intervention to prevent gestational diabetes mellitus and adverse maternal outcomes among pregnant women at high risk for gestational diabetes mellitus. *Journal of International Medical Research* [Internet]. Diciembre de 2020 [consultado el 22 de septiembre 2021];48(12):030006052097913. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0300060520979130>

17. Mohsenzadeh-ledari F, Taghizadeh Z, Kermat A, Moosazadeh M, Yazdani S, Najafi A, Mottaghi Z. The effect of caring intervention (physical activity, diet and counseling) on gestational diabetes for pregnant women with metabolic syndrome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 26 de noviembre de 2020 [consultado el 22 de septiembre de 2021];1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1849088>

18. Wickens Kristin L, Barthow Christine A, Murphy Rinki, Abels Peter R, Maude Robyn M, Stone Peter R, Mitchell Edwin A, Stanley Thorsten V, Purdie Gordon L, Kang Janice M, Hood Fiona E, Rowden Judy L, Barnes Phillipa K, Fitzharris Penny F, Crane Julian. Early pregnancy probiotic supplementation with *Lactobacillus rhamnosus* HN001 may reduce the prevalence of gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *The British journal of nutrition*. [Internet] Abril 2017[consultado el 26 de octubre de 2021]; 117(6), 804–813; Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0007114517000289>

19. Celentano C, Matarrelli B, Pavone G, Vitanella E, Mattei PA, Berghella V, Liberati M. The influence of different inositol stereoisomers supplementation in pregnancy on maternal gestational diabetes mellitus and fetal outcomes in high-risk patients: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 17 de diciembre de 2018 [consultado el 26 de febrero de 2023];33(5):743-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1500545>

20. New England Journal of Medicine. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. [Internet]. 8 de mayo de 2008 [consultado el 26 de febrero de 2023];358(19):1991-2002. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmoa0707943>

21. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010;33(3):676-682. Disponible en: [doi:10.2337/dc09-1848](https://doi.org/10.2337/dc09-1848)

22. Schwingshackl L, Christoph M, Hoffmann G. Effects of Olive Oil on Markers of Inflammation and Endothelial Function—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* [Internet]. 11 de septiembre de 2015 [consultado el 26 de febrero de 2023];7(9):7651-75. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu7095356>

23. Mirmiran P, Hosseinpour-Niazi S, Moghaddam-Banaem L, Lamyian M, Goshtasebi A, Azizi F. Inverse relation between fruit and vegetable intake and the risk of gestational diabetes mellitus. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research* [Internet]. Julio de 2019 [consultado el 27 de febrero de 2023];89(1-2):37-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000475>

24. Makarem N, Chau K, Miller EC, Gyamfi-Bannerman C, Tous I, Booker W et al. Association of a Mediterranean Diet Pattern With Adverse Pregnancy Outcomes Among US Women. *JAMA Netw Open*. [Internet] 2022 [consultado 2023 Febrero 24] 1;5(12):e2248165. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.48165

25. Hassani Zadeh S, Boffetta P, Hosseiniadeh M. Dietary patterns and risk of gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Clinical Nutrition ESPEN* [Internet]. Abril de 2020 [consultado el 26 de febrero de 2023];1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000705>

26. Donazar-Ezcurra M, López-del Burgo C, Bes-Rastrollo M. Primary prevention of gestational diabetes mellitus through nutritional factors: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 13 de enero de 2017 [consultado el 26 de febrero de 2023];17(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1205-4>

27. Yu Y, Xie R, Shen C, Shu L. Effect of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 14 de mayo de 2017 [consultado el 26 de febrero de 2023];31(12):1632-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1319929>

28. Minsal. Elige Vivir sano, Informe de detalle de Programas Sociales [Internet] 2021 Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-212519_doc_pdf1.pdf

29. Davidson, S. J., Barrett, H. L., Price, S. A., Callaway, L. K., & Dekker Nitert, M. Probiotics for preventing gestational diabetes. *The Cochrane database of systematic reviews* [Internet] 2017 4(4), CD009951. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009951.pub3>

30. Vitagliano A, Saccone G, Cosmi E, Visentin S, Dessole F, Ambrosini G, Berghella V. Inositol for the prevention of gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 18 de diciembre de 2018 [consultado el 26 de febrero de 2023];299(1):55-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-5005-0>

31. Carlsen H, Ebihara K, Kuwata NH, Kuwata K, Aydemir G, Rühl R, Blomhoff R. A transgenic reporter mouse model for in vivo assessment of retinoic acid receptor transcriptional activation. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*

[Internet]. 30 de abril de 2021 [consultado el 26 de febrero de 2023];1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chesp.2020.02.009>

32. Serra-Majem L. La Dieta Mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenible: Enfoque multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 12 de junio de 2018 [consultado el 26 de febrero de 2023];35(4). Disponible en: <https://doi.org/10.20960/nh.2133>

33. Leyton. C. Nutrición y alimentación en la gestante, Ministerio de Salud, [Internet] 2016 Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.05.27-VC-Nutrici%C3%B3n-y-alimentaci%C3%B3n-gestante.pdf>

Anexo 1
Tabla nº1: Resultados de las intervenciones no farmacológicas para la prevención de DMG

Autor	Año	País	Título	Tipo de estudio	Estrategia	Muestra	Principales Resultados
Assaf-Balut et al.	2017	España	A mediterranean diet with additional extra virgin olive oil and pistachios reduces the incidence of gestational diabetes mellitus (GDM): A randomized controlled trial: The St. Carlos GDM prevention study.	Ensayo clínico controlado	Recomendaciones básicas de dieta mediterránea más el consumo de 40ml de aceite de oliva al día, más 25 a 30 grs de pistachos.	874 participantes en total, 440 en el grupo control y 434 en el grupo de intervención.	Esta intervención dietética temprana en el embarazo logró reducir la incidencia de DMG y mejorar varios resultados adversos neonatales.
Basu et al.	2021	EE.UU.	Dietary Blueberry and Soluble Fiber Supplementation Reduces Risk of Gestational Diabetes in Women with Obesity in a Randomized Controlled Trial.	Ensayo clínico controlado	Consumo de 280 grs. de arándanos enteros más 12 grs. de fibra soluble al día.	Se aleatorizó a 45 participantes, sin embargo, el análisis final sólo se realizó con 17 en el grupo control y 17 en grupo de intervención.	Esta intervención nutricional de bajo costo y fácil de implementar en la vida diaria, demostró mejorar los dos factores de riesgo clásicos para desarrollar DMG, como lo es el aumento de peso excesivo en la gestación y los niveles de glucosa alterados.
García de la Torre et al.	2019	España	Effectiveness of Following Mediterranean Diet Recommendations in the Real World in the Incidence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) and Adverse Maternal-Fetal Outcomes: A Prospective, Universal, Interventional Study with a Single Group. The St Carlos Study	Cuasiexperimental	Recomendación de dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva extra virgen y pistachos.	Grupo único de 932 participantes.	Los datos obtenidos en este ensayo se compararon con los de los grupos de control e intervención del anterior estudio de prevención de la DMG de St. Carlos hecho por Assaf-Balut et al. El 2017.

En este caso el grupo del presente estudio mostró una incidencia de DMG significativamente menor en comparación con el grupo control.

Autor	Año	País	Título	Tipo de estudio	Estrategia	Muestra	Principales Resultados
Wang et al	2017	China	A randomized clinical trial of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus and improve pregnancy outcome in overweight and obese pregnant women	Ensayo clínico controlado	Se realizó un protocolo de ciclismo supervisado tres veces a la semana de 30 min de duración.	El análisis final se realizó con 133 en el grupo control y 132 en el grupo de intervención.	Esta intervención iniciada a principios del embarazo logró reducir de forma significativa la incidencia de D.M.G y no se asoció a aumento de riesgo de parto prematuro.
Barakat et al. (2018)	2018	España	Exercise during pregnancy has a preventative effect on excessive maternal weight gain and gestational diabetes. A randomized controlled trial	Ensayo clínico controlado	Se realizó un protocolo de ejercicio moderado, supervisado con sesiones de 50 a 55 minutos tres veces por semana.	El análisis final se realizó con 222 en el grupo control y 234 en el grupo de intervención.	Esta intervención iniciada a principios del embarazo logró reducir de manera significativa el aumento de peso en el embarazo y la incidencia de DMG en el grupo intervenido versus el grupo control.
Koivusalo et al.	2016	Finlandia	Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL). A Randomized Controlled Trial	Ensayo clínico controlado	Protocolo de asesoramiento individualizado en estilos de vida saludables, en periodo pre-conceptual, gestacional y posparto.	Se aleatorizó a 269 participantes 144 al grupo de intervención y 125 al grupo de control.	Esta intervención individualizada de asesoramiento en el estilo de vida logró una reducción del 39% en la incidencia de DMG.
Wickens et al.	2017	Nueva Zelanda	Early pregnancy probiotic supplementation with Lactobacillus rhamnosus HN001 may reduce the prevalence of gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial	Ensayo clínico controlado	Las participantes asignadas al grupo de intervención recibieron desde las 14-16 semanas de gestación y hasta 6 meses post parto cápsulas con el probiótico Lactobacillus Rhamnosus HN001 que se tomaron diariamente.	Se aleatorizó a 423 participantes, pero el análisis final se realizó sólo con 194 en el grupo de intervención, y 200 en el grupo placebo.	La intervención logró reducir la prevalencia de DMG en el grupo que recibió probióticos versus el placebo. Esta reducción fue significativa usando los criterios diagnósticos para D.M.G de Nueva Zelanda donde se realizó el estudio.
Lin et al.	2020	China	Lifestyle intervention to prevent gestational diabetes mellitus and adverse maternal outcomes among pregnant women at high risk for gestational diabetes mellitus	Ensayo clínico controlado	Las participantes recibieron un programa estructurado, individualizado sobre dieta equilibrada, actividad física y control de peso durante el embarazo.	Se incluyeron a 281 participantes 139 en el grupo de intervención y 142 en el grupo control.	Esta intervención logró una reducción significativa de la incidencia de D.M.G en el grupo intervención (14.4%) versus el grupo control (24.6%).

Autor	Año	País	Título	Tipo de estudio	Estrategia	Muestra	Principales Resultados
Celentano et al.	2020	Italia	The influence of different inositol stereoisomers supplementation in pregnancy on maternal gestational diabetes mellitus and fetal outcomes in high-risk patients: a randomized controlled trial	Ensayo clínico controlado	Se dividió a las participantes en cuatro grupos. El primero de ellos recibió 4000 mg de D-mio-inositol, un segundo que recibió 500 mg de D-quirio-inositol, un tercero que recibió una combinación de 26,7 mg de D-quirio-inositol más 1100 mg de D-mio-inositol al día, y cuarto grupo que recibió un placebo.	Se aleatorizó a 180 participantes, pero el análisis final sólo se realizó con 157.	Los grupos que recibieron suplementación, y en especial el que recibió 4000mg de inositol redujeron significativamente la incidencia de DMG versus el placebo.
Mohsenzadehledari F. et al	2020	Irán	The effect of caring intervention (physical activity, diet and counseling) on gestational diabetes for pregnant women with metabolic syndrome	Ensayo clínico controlado	Las participantes recibieron recomendaciones nutricionales y de actividad física durante el embarazo, basadas en el ministerio de sanidad del país en el que se realizó el estudio.	Se aleatorizó a 120 participantes, 60 en el grupo control y 60 en el grupo de intervención.	El programa de intervención mejoró el resultado del embarazo materno, como la diabetes gestacional y el aumento de peso durante el embarazo en el grupo de intervención.

Percepción de los adolescentes y profesores sobre la educación sexual en Chile 2011 - 2021

Perception of adolescents and teachers about sexual education in Chile 2011 - 2021.

Andrea Rodríguez-Figueroa^{1*}, Natalia Jorquera-Aracena², Andrea Carillo-Reyes², Katherine Cortez-Flores², Antonia García-Varas², Natalia Herrera-Chantire², Antonia Valenzuela-Jacob²

¹Matrona, Escuela de Obstetricia Universidad San Sebastián, sede Santiago. Facultad de Ciencias para el cuidado de la salud. Lota 2465, Providencia.

² Escuela de Obstetricia sede Santiago Universidad San Sebastián. Facultad de Ciencias para el cuidado de la salud. Lota 2465, Providencia

*Autor para correspondencia: andrearodriguezfigueroa@gmail.com

RECIBIDO: 29 de Noviembre de 2022 
APROBADO: 09 de Junio de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3522

ESTUDIO DERIVADO DEL PROCESO DE TESINA DE PREGRADO. LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Educación Sexual, adolescentes, docentes, políticas públicas
Key words: Sex education, adolescents, faculty, public policy

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones de los principales actores sobre la educación sexual en Chile 2011-2021.

Metodología: Se realizó una revisión de tipo narrativa en bases de datos como Ebsco Host, Dialnet plus, Scielo, Lilacs. En total 23 artículos fueron los que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: Los adolescentes, sostienen que la educación sexual que reciben en las escuelas es muy básica y centrada en aspectos biológicos y genitales y que además deja fuera aspectos que para ellos son fundamentales. Los docentes indican que no se sienten óptimamente preparados para educar en sexualidad, destacando una formación muy básica y se manifiesta que una de las necesidades es la de trabajar la educación sexual desde los primeros cursos con los estudiantes.

Conclusión: Es necesario implementar una ley específica sobre educación sexual integral, con enfoque biopsicosocial, que contemple las necesidades de los principales actores. Además, esta debería impartirse desde etapas preescolares hasta

la enseñanza media para evitar la vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos que representan un Derecho Humano fundamental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perceptions of the main actors on sexuality education in Chile 2011-2021.

Methodology: A narrative review was conducted in databases such as Ebsco Host, Dialnet plus, Scielo, Lilacs. A total of 23 articles met the inclusion criteria.

Results: Adolescents claim that the sex education they receive in schools is very basic and focused on biological and genital aspects, and that it also leaves out aspects that are fundamental for them. Teachers indicate that they do not feel optimally prepared to educate on sexuality, highlighting a very basic training, and state that one of the needs is to work on sex education from the first grades with the students.

Conclusion: It is necessary to implement a specific law on comprehensive sexuality education, with a biopsychosocial approach, which takes into account the needs of the main actors. Furthermore, it should be provided from preschool to high school in order to avoid the violation of sexual and reproductive rights, which represent a fundamental human right.

INTRODUCCIÓN

La educación sexual según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los niños y jóvenes de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderan para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; establecer relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), caracteriza la Educación Integral en Sexualidad (EIS) manifestando que tiene un papel central en la preparación de los jóvenes para una vida segura, productiva y plena en un mundo donde el VIH y el SIDA, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los embarazos no planificados, la violencia y la desigualdad de género todavía representan un grave riesgo para su bienestar. (2). De hecho, según la IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios, en el año 2020, los delitos sexuales en la niñez aumentaron de 9,8% en 2017 a 14,8% en el año 2020 y la violencia sexual aumentó desde un 2,1% en el 2017 a un 2,8% el 2020.(3)

Otro aspecto importante para mencionar es el embarazo adolescente, ya que en Chile ha disminuido la edad de inicio de la actividad sexual, lo que resulta en embarazo adolescente (4)

En la presente revisión narrativa se investigarán las percepciones de los adolescentes y profesores sobre la educación sexual en Chile entre los años 2011 y 2021, junto con las políticas públicas sobre esta temática, con el propósito de conocer la percepción de los estudiantes y profesores, si se está cumpliendo la entrega de herramientas necesarias para el desarrollo integral de los jóvenes, con el fin de promover su autonomía, autocuidado, consentimiento y empoderamiento para ejercer su derecho en salud sexual y reproductiva. Asimismo, la información que reciben los principales actores proviene de los programas y políticas que se han implementado sobre educación sexual. Por ello es relevante identificar las fortalezas

y falencias sentidas por los adolescentes y profesores sobre la educación sexual en Chile y así plantear propuestas y/o recomendaciones según las necesidades planteadas.

En concordancia con lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones de los adolescentes y profesores sobre la educación sexual en Chile entre los años 2011-2021? y el objetivo de la investigación es analizar las percepciones de los principales actores sobre la educación sexual en Chile 2011-2021.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de tipo narrativa, en las siguientes bases biomédicas: EBSCO HOST, Lilacs, Scielo y Dialnet Plus en idioma inglés y español, Los descriptores utilizados del tesauro DeCs fueron "Sex Education", "Chile", "Public policy", "Sexuality", "Adolescent" "Adolescence", "Sexual Behavior", "Faculty" y su traducción al español: "Educación Sexual", "Chile", "Política Pública", "Sexualidad", "Adolescente", "Adolescencia", "Conducta sexual", "Profesor", "Docente". Las palabras claves de la búsqueda fueron las mismas señaladas en los descriptores. Aplicando operadores booleanos "AND"/"OR".

Los resultados de esta búsqueda se limitaron a los artículos de investigación que aportaran elementos relevantes sobre el tema a investigar, utilizando los siguientes criterios de inclusión

Criterios de inclusión:

- Estudios realizados en un período de 10 años (2011 - 2021).
- Artículos que incluyen Educación Sexual, Sexualidad, políticas, percepción de adolescentes y profesores.
- Estudios primarios y revisiones sistemática
- Texto completo.
- Idioma español e inglés.
- País seleccionado: Chile

Un total de 423 Artículos fueron inicialmente seleccionados de acuerdo con la estrategia de búsqueda diseñada. La revisión de año y país permitió excluir 30 artículos, de forma adicional por no abordar el tema de investigación se descartaron otros 350 documentos. Asimismo 20 artículos fueron excluidos al no cumplir con los objetivos planteados. De

esta manera el total de artículos revisados que cumplieron con los criterios definidos fueron 24. (Anexo Figura 1.)

RESULTADOS

A.- Describir las políticas públicas implementadas sobre educación sexual en Chile

Para dar respuesta a este objetivo se analizaron 13 artículos. En Chile los primeros antecedentes de Educación Sexual (ES) datan de la primera mitad del siglo XX en donde el Movimiento Feminista llamado pro-emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), manifestó la urgencia de contar con métodos anticonceptivos y una regulación que permita evitar abortos clandestinos y sus graves consecuencias. Como respuesta a esto, el Estado modificó el Código Sanitario en el año 1931 el cual incluyó la interrupción del embarazo por razones terapéuticas. Más tarde, en el año 1952, la salud materno-infantil se posiciona como prioridad dada las altas tasas de mortalidad materna. (5).

Es en el gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964-1970) cuando se crea la primera política de planificación familiar y el primer programa de Educación Sexual cuyo objetivo fue realizar Educación Sexual en los establecimientos educacionales. Durante el gobierno de Salvador Allende (1971-1973) se mantuvo la línea definida por la política de Frei Montalva, con énfasis en la salud pública. Dichas acciones, fueron interrumpidas por la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet (1973-1990), donde además de desmontarse los programas de planificación familiar, reformarse el sistema sanitario (1979) y promoverse una política pro-natalista, se penaliza el aborto en toda circunstancia (5,6).

Durante el gobierno de Patricio Aylwin (1990-1994), se implementó una política de Educación en Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación. Sin embargo, la Educación Sexual no formaba parte de las prescripciones del currículum escolar nacional, por lo tanto, la elaboración e implementación de programas de Educación Sexual quedó en el ámbito de la voluntad del sostenedor de cada establecimiento educacional (7).

En el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle en 1995 nacieron las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS), en las que se visibilizan las necesidades de los alumnos, mediante una con-

versación entre ellos, sus docentes y padres. Estas jornadas, aún cuando demostraron tener un positivo impacto, fueron desde un principio cuestionadas por sectores conservadores, quienes argumentaron la falta en ellas de un apropiado marco valórico (8).

En lo que respecta a Educación Sexual, en el gobierno de Ricardo Lagos inició un proceso importante para promover una política nacional, desde una propuesta pedagógica basada en el enfoque de derechos humanos, que reconoce la formación en sexualidad como un derecho, sobre criterios de igualdad y no discriminación. No obstante, el Plan de Educación en Afectividad y Sexualidad no fue bien recibido por los sectores ligados a la iglesia católica y no se desarrollaron medidas concretas, lo que redujo sus posibilidades de impacto (5).

En el gobierno de Michelle Bachelet, se legitimó el derecho a recibir una Educación Sexual de calidad a través de la ley 20.418, la cual señala en su artículo 1º que "los establecimientos educativos reconocidos por el estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de Educación Sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable..." (9,10) obligando a los establecimientos de enseñanza media a implementar un programa de Educación Sexual (8,6,11,12,13). Adicionalmente se creó, el Programa de Espacios Amigables para la población entre 10 y 19 años, en horario diferenciado, con respecto a la privacidad, atención amistosa y personal capacitado (11).

En el gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014) el énfasis estuvo en el fomento de la familia y la maternidad, lo que limitó la inclusión de una perspectiva de género y la representación de un sujeto de derecho en la política. Evidencia de esto, es que se redujo la distribución de preservativos en la población juvenil (5). En este mismo gobierno, en conjunto con el Servicio Nacional de la Mujer, se puso a disposición de los establecimientos educacionales siete programas de educación sexual (10), en donde los colegios, son libres de escoger entre ellos o de desarrollar un programa propio, consecuente con su línea educativa (14) y que se adapte a sus intereses y necesidades respecto a su visión y realidad local (15). Sin embargo, estos programas presentan una orientación más conservadora de la sexualidad, ya que se originan en universidades de orientación

católica (16), además, las temáticas siguen siendo abordadas desde la lógica biologista y enfocados a la prevención del embarazo adolescente, anticoncepción e ITS, y no de manera integral (6,13). En el segundo gobierno de Michelle Bachelet se manifiesta explícitamente la necesidad de seguir avanzado en el campo de la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). Se reconoce como un hito que, desde el Ejecutivo, se haya expresado la voluntad de legislar sobre DDSSRR y de incorporar profesionales, vinculadas al movimiento feminista, a la administración estatal como la ministra y la Subsecretaria de Servicio Nacional de la Mujer, y la encargada de la Unidad de Género en MINSAL (5).

Entre los años 2018-2020, en el segundo gobierno de Sebastián Piñera, se presentaron cinco proyectos de ley sobre Educación Sexual, los cuales fueron rechazados y archivados. Uno de los más controversiales fue el Boletín 12.955-04, el cual buscó establecer su obligatoriedad desde la educación parvularia, trasladando su regulación desde el ámbito de la salud al de educación, sin embargo, el proyecto fue rechazado por la Cámara de Diputados, ya que este no reunió el quórum constitucional para ser aprobado (17).

B.1.- Percepción de los adolescentes sobre la Educación Sexual recibida en los establecimientos educacionales.

En los 9 estudios seleccionados para responder este objetivo, los jóvenes entrevistados declararon que las escuelas imparten educación sexual básica que no satisface sus necesidades, reconocieron que esta falta de información de calidad conduce a embarazos no deseados, que podrían evitarse con una adecuada educación en salud sexual y reproductiva, asimismo, perciben la educación sexual como efectiva para aumentar su conocimiento sobre sexualidad (11,12,18).

Según una Evaluación de la calidad de la Educación Sexual recibida, en el año 2015, el 18,07% del grupo la calificó como mala, el 41,49% regular y el 40,44% buena. (12). Según el estudio de Gonzalez, Molina, Luttges que reclutó una muestra de 1.232 adolescentes, un 35,8% reporta que en 7º básico fue el curso en que recibieron los primeros temas en sexualidad, le sigue el 8º básico con un 22,4% y 6º básico con un 12,9%. El 43% de las adolescentes señaló que el primer tema abordado en el colegio fue

sobre prevención de embarazo e ITS, el 37,9% refiere que fueron aspectos biológicos y de reproducción, un 9,7% afectividad y pololeo y 9,4% indica otros. (19)

Dos estudios describen que todos los adolescentes entrevistados recibieron información sobre los aspectos biológicos de la sexualidad (12), ya sea de la escuela y/o de sus padres. La educación escolar formal se centró en las relaciones heterosexuales y la reproducción (20). Asimismo, otro estudio realizado a jóvenes de 15-19 años de cinco comunas de la Xll Región que presentan las tasas más altas de embarazo adolescente sostienen que la educación sexual que reciben en las escuelas es muy básica y centrada en los aspectos biológicos y genitales. (11)

Los aspectos psicosociales relacionados a la sexualidad fueron menos abordados. Los temas relacionados con afectividad se enseñaban en las escuelas, con frecuencia durante las clases de religión (20). De igual forma, en otra investigación, los adolescentes mencionan que la educación sexual que reciben en la escuela deja fuera aspectos que para ellos son centrales, como la emocionalidad involucrada en la sexualidad, los cambios que se producen en la vida de las personas y las consecuencias involucradas, entre ellas, el embarazo en la adolescencia. Afirman, que la información en torno a la educación sexual que reciben en las escuelas es insuficiente, presentando metodologías expositivas poco participativas que no les entregan adecuadas herramientas de prevención (11).

Otro estudio evidencia que cerca del 70% de los estudiantes manifiestan dudas y desconocimientos en cuanto a las temáticas del aborto, la homosexualidad y las ITS; son los tópicos que más los inquietan y solicitan que sean considerados en sus clases. Con menor frecuencia, el embarazo, la transexualidad y la sexualidad (21).

Del mismo modo, el tema de la orientación sexual también estuvo a menudo ausente en la educación formal. El tema del aborto rara vez se discutió en el entorno escolar. La anticoncepción de emergencia apenas se cubrió en las escuelas y ninguna participante recordó haber recibido información sobre el funcionamiento biológico de la píldora o cómo acceder a ella (20).

En cuanto al VIH, los jóvenes chilenos lo consideran como una enfermedad que causa la muerte. Lo asocian a conductas de riesgo como homosexualidad. Perciben el VIH como algo malo, una desgracia, algo incurable y con lástima, como algo ajeno a ellos, sumado a esto los adolescentes muestran un bajo conocimiento de la enfermedad, reflejado en aspectos tales como pensar que VIH y sida es lo mismo, creer que el virus se puede adquirir en un baño público o abrazando/besando a una persona con VIH (22,23).

Otro estudio manifiesta que, de 184 alumnos el 98,90 % sabía lo que es una ITS. Con respecto a los métodos anticonceptivos para prevenir las ITS, un 85,20% indicó la utilización de preservativos como mejor método para prevenirlas. Pero es importante destacar que, dentro de la muestra un 14,80% señaló que los anticonceptivos orales protegen de ITS (24).

En otra investigación, ninguno de los participantes había aprendido sobre el tema del placer sexual en la educación sexual formal. El único elemento de placer sexual que se incorporó a la educación sexual formal fue la masturbación masculina (20).

B.2.- Percepción de adolescentes de la educación sexual entregada en el hogar

Para dar respuesta a este objetivo se analizaron 4 artículos. En cuanto a la familia, en el estudio de Obach y colaboradores se observa que la mayoría de los adolescentes refiere que sus padres consideran la sexualidad como un tema tabú, que no debe ser discutido (18). Del mismo modo en otro estudio, se observa que los padres en general mantienen discursos conservadores en torno a la sexualidad, lo que limita las conversaciones (11). Los jóvenes señalan que los padres solían proporcionar mensajes no específicos como: "Protégete a ti mismo" sin información explícita sobre cómo hacerlo (20). Dentro de las familias se entiende la sexualidad con un único sentido de reflexión: "el cuidarse", "que se cuiden", "usa preservativo". Estas conversaciones se experimentaron con mayor frecuencia como vergonzosas para los adolescentes (25). Sin embargo, los adolescentes declaran que les gustaría tener mayor comunicación con sus padres (11). Asimismo, en otro estudio, los adolescentes expresan que con una comunicación continua aumentan su confianza y disminuye la vergüenza con el tiempo (20,25).

B.3.- Origen de la información obtenida sobre educación sexual

Se analizaron 7 artículos para responder este objetivo. Las principales fuentes de información utilizadas por los adolescentes chilenos son la familia, la escuela y los amigos. Muchos adolescentes hablaron con amigos o parejas con experiencia sexual sobre temas relacionados con la salud sexual, además de ver pornografía, la cual se describió como una forma de aprender sobre diferentes actos sexuales (20). Asimismo, se aprecia en otro estudio que estos recurren a eventos de su vida para explicar un pensamiento o una visión que aluda a la sexualidad y a la reproducción (25).

Hubo diferencias de género visibles en el uso de fuentes secundarias; las mujeres utilizaron los servicios de atención médica como fuente de información, mientras que los hombres tuvieron más probabilidades de utilizar Internet. Las fuentes de información más confiables fueron profesores, padres y profesionales de la salud. Sin embargo, rara vez se hacía referencia a Internet como una fuente de información sobre salud sexual en un sentido formal. Todos los participantes que utilizaron internet describieron diferentes técnicas para evaluar críticamente la confiabilidad de la información, como un adulto de confianza que les aconseja que sean críticos con ciertos sitios web (20).

En contraste con el estudio de Obach donde los adolescentes dijeron que internet es su principal fuente de información, ya que sienten que ninguna de las instituciones formales como la sociedad, la familia, educación, servicios de salud les brindan las herramientas adecuadas (17). Otros autores concuerdan con lo anterior, mencionando que producto de estos vacíos en las fuentes formales de educación sexual, la mayoría de los entrevistados sostiene informarse a través de internet y redes sociales, aun cuando declaran no confiar plenamente en la información que reciben de estas fuentes (11).

Un estudio cuantitativo, arrojó que los estudiantes consideraron a la madre como la persona más adecuada en la familia para educar en sexualidad (81,6%), seguida por el padre (59,2%) y, a los profesores y el equipo de salud, se les asignó el tercero (49,8%) y cuarto lugar (44,3%) respectivamente (26). Asimismo, en otro estudio del mismo método, las

fuentes de información más importantes son para temas sexuales la madre (40,10 %), y para la anticoncepción son los programas de salud (45,30 %) y las madres (24,90 %) (24). En contraste con otro estudio, donde se menciona que las adolescentes con mala comunicación familiar tienen 1,96 veces más riesgo de inicio sexual que las con buena comunicación familiar (27).

B.4.- Percepción de los adolescentes sobre la educación sexual entregada por profesionales de la salud.

Se analizaron 2 artículos para responder este objetivo. En cuanto a la percepción acerca de la educación sexual recibida por el área de la salud, los adolescentes lo reconocen y específicamente a la atención Primaria de salud como el principal agente de información y de educación sexual (11,25). Sin embargo, para los adolescentes más jóvenes menores de 15 años, dichos servicios les resultaron menos resolutivos (25).

Este rol es ejecutado por centros de salud principalmente desde los Espacios Amigables. Quienes son usuarios de estos espacios valoran la información que allí reciben ya que la consideran más precisa y clara que la recibida en las escuelas. No obstante, la mayoría dice no conocerlos, sostienen tener dudas respecto a la atención que allí brindan; por ejemplo, hay una percepción generalizada de que deben ir con algún adulto responsable a consultar, lo que genera una importante barrera de acceso. Además, los adolescentes declaran tener contacto con los equipos de salud sólo cuando éstos van a las escuelas; asimismo señalan que, si bien estas instancias son altamente educativas, son muy esporádicas. Perceben a los profesionales de la salud que van a los colegios como agentes lejanos y desconocidos, con quienes no tienen vínculos de confianza (11).

C.- Percepción de profesores sobre la educación sexual en Chile

Para dar respuesta a este objetivo se analizaron 4 artículos. Respecto de las formas de abordar la educación sexual en el contexto escolar, los docentes señalan que no existe una organización curricular que permita guiar aprendizajes vinculados a la educación sexual, y que la temática se considera sólo en las asignaturas de Orientación y Ciencias Naturales. Los docentes, no poseen un enfoque claro, sin más

preparación que la recibida en la disciplina científica experimental, deben recurrir a sus propios marcos referenciales (13). En concordancia con otro artículo que menciona que la falta de formación les dificulta la posibilidad de abordar mitos e inquietudes de estudiantes (14). Otra investigación señala que en la práctica docente se realiza una "transmisión" sesgada de sexualidad y reproducción, que separa la sexualidad y la reproducción de sus orígenes afectivos, sociales y morales (13, 25). En conclusión, esa falta de preparación podría generar situaciones de discriminación en cuanto a diversidades sexuales (28).

Los docentes indican que no se sienten óptimamente preparados para educar en sexualidad (13), muchos profesores se sienten incómodos (14), señalan no saber cómo aproximarse a estos temas, qué es pertinente comunicar a los estudiantes según su edad, cuidando también los valores e información entregada por las propias familias (13), otros señalan que prefieren no abordar temas de sexualidad, ya sea porque les produce temor tratarlos o porque "se sienten incómodos". En algunos casos esto se debería a que se perciben desconectados del mundo juvenil, en otros por la falta de formación (14). Asimismo, en otra investigación se demuestra que muchos/as docentes declaran no sentirse preparados para enfrentar temáticas como la homosexualidad y/o transexualidad en sus centros educativos ni mucho menos en sus aulas (28).

Respecto a la formación inicial docente en el estudio de Villagra et al. (13), los participantes expresan que la educación sexual no fue considerada dentro de su itinerario formativo, destacan una formación muy básica, tratada sólo en algunas clases y de forma superficial. Otro estudio, realizado en colegios católicos describe que los profesores reciben capacitación, incluso algunos dicen contar con supervisión en la práctica pedagógica (14).

DISCUSIÓN

Actualmente la Educación Sexual en Chile, se rige por la ley 20.418, de esta se desprenden en el gobierno de Sebastián Piñera, los 7 programas de educación sexual actuales, los cuales, difieren entre sí, dando la libertad a cada establecimiento educacional de elegir el programa que más se aadecue a sus valores, creencias y visiones, lo que dificulta una entrega de información homogénea para los adolescentes, generando un sesgo en la información y por lo tanto,

una barrera de acceso a los conocimientos. Asimismo, deja de lado a los niños y niñas de enseñanza básica y preescolar, quienes no tienen Educación Sexual, bajo el amparo de esta ley, vulnerando los Derechos Sexuales y Reproductivos. (8,6,11,12,13,14,15)

En consideración a las percepciones de los adolescentes sobre la Educación Sexual en Chile, estos indican que, los contenidos recibidos por la mayoría de los adolescentes entrevistados fueron enfocados a lo biológico y reproductivo, dejando de lado la afectividad, autoconocimiento, homosexualidad y violencia y otros tópicos. (6,11,12,13,19,20)

En cuanto a la Educación Sexual entregada en el hogar se sostiene que la mayoría de los adolescentes se sienten avergonzados al hablar de estos temas, lo que produce que no se genere la confianza necesaria, llevándolos a buscar información fuera del hogar como en los amigos o internet. Cabe destacar que según algunos autores las fuentes primarias de información de los adolescentes son el internet, en contraste con otro estudio, en donde no se nombra fuente principal, pudiendo generar desinformación, prejuicios, falsas expectativas y mitos entre los adolescentes y como consecuencia, experiencias sexuales inseguras. Según estas percepciones tanto desde los establecimientos educacionales como en el hogar hay una entrega de información limitada y conservadora de la sexualidad hacia los jóvenes, lo que inhibe un ejercicio pleno y sano de ella. (11,18,17,20)

Con respecto a los profesionales de la salud, los adolescentes valoran la información recibida por ellos, sin embargo, algunos declaran tener contacto solo cuando visitan las escuelas generando una relación distante y de desconfianza entre ellos. Además, existe un desconocimiento de los espacios amigables, lo que disminuye aún más el acceso de los jóvenes a la atención en salud sexual y reproductiva. (11,25)

Según la percepción de los profesores sobre la Educación Sexual, estos indican que no hay un enfoque claro para implementarla en los establecimientos y que esta solo se desarrolla en las asignaturas de orientación y ciencias naturales. Además, manifiestan como necesidad el trabajar la Educación Sexual desde los primeros cursos. Por ende, los programas deben ser acordes al período de desarrollo de cada individuo, comenzando desde edades tempranas hasta la adultez, enfatizando en que sea continua, de

calidad y que no vulnere los derechos humanos. Por otro lado, mencionan que no se sienten preparados para educar en sexualidad, ya que no fue incluida en su formación inicial docente, a pesar de esto, igualmente tienen la disposición de enseñar e informar. (13,14,28)

Todo lo anterior, evidencia la necesidad de un trabajo multidisciplinario e integral entre el sector de salud y educación, tal como lo menciona Castro et al.(15) en su investigación “Una alianza entre educación y salud es fundamental para el éxito de este tipo de intervenciones”.

Es importante señalar que los estudios de percepción tanto de las y los adolescentes como de los docentes, padres y/o apoderados, permiten evaluar el impacto de los programas de educación sexual implementados, pudiendo de esta forma introducir mejoras que permitan contar con una educación Sexual Integral de calidad.

CONCLUSIÓN

1. La educación sexual se constituye como una necesidad real, legítima y prioritaria de resolver, no obstante, la Ley 20.418, es la única que hace mención a la educación sexual, por lo cual es necesario contar con una política de educación sexual integral que aborde todas las dimensiones como: la afectividad, diversidad sexual, autoconocimiento, placer, erotismo.
2. Los adolescentes perciben que la educación sexual entregada en sus establecimientos es básica, es insuficiente y que se centra en lo biológico, reproductivo y anticonceptivo, dejando de lado temas importantes como el aborto, la homosexualidad, la orientación sexual, la anticoncepción de emergencia, la afectividad, el placer, la masturbación femenina y la violencia sexual.
3. Los adolescentes perciben que sus padres consideran la sexualidad como un tema tabú, ocasionando que los adolescentes busquen la información en fuentes menos confiables. No obstante, mencionan que les gustaría tener mayor confianza con sus padres.

4. Las y los matronos son profesionales idóneos para la implementación de la educación sexual, sin embargo, los adolescentes los perciben lejanos, por lo que es necesario que generen un vínculo cercano con ellos.
5. Los profesores, no se sienten preparados para educar en sexualidad, debido a que no se incluye dentro de su malla curricular la información y habilidades necesarias para poder ejercerla.

REFERENCIAS

1. **UNESCO.** (2018). Por qué es importante la educación integral en sexualidad. [Internet]. 2018 [consultado 15 junio de 2021]. Disponible en: <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>
2. **UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, & OMS.** (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. [Internet]. 2ºed. Francia, Paris. 2018 [consultado 15 junio de 2021]. Disponible en : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335/PDF/265335spa.pdf.multi>
3. **Subsecretaría de Prevención del Delito y Ministerio del Interior y Seguridad Pública.** (2020). IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM) Resultados País. [Internet]. Chile. 2020. [consultado 3 septiembre de 2021]. Disponible en: <http://cead.spd.gov.cl/centro-de-documentacion/>
4. **Gonzalez, E., Breme, P., Gonzalez, D., Molina, T., & Leal, I.** Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva [Internet]. Chile; 2017. [consultado 3 septiembre de 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600692>
5. **Cubillos, J.** Continuidades y rupturas: La política de salud sexual y reproductiva chilena en cuatro gobiernos [Internet]. Chile; 2019. [consultado 3 septiembre de 2021]. Disponible en : <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/1387/2588>
6. **Mella, E., & Rebollo, E.** Factores que influyen en la implementación de una política pública de educación sexual integral casos Chile y Costa Rica.
7. **Revista Chilena de derecho y ciencia política [Internet].** Chile; 2020 [consultado 10 octubre 2022]. Disponible en: <https://portalrevistas.uct.cl/index.php/RDCP/article/view/2200/1786>
8. **Figueroa Silva E.** Política pública de educación sexual en chile: actores y tensión entre el derecho a la información vs. la libertad de elección. Revista EGGP [Internet]. Chile, concepcion; 30 de diciembre de 2012 [consultado 21 Octubre de 2021]. Disponible en: <https://revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/view/2586>
9. **Cifuentes, P., Castro, L.** Formación en Afectividad, Sexualidad y Género en el Curriculm Nacional [Internet]. Chile, Santiago: Asesoria Técnica Parlamentaria. BNC; Octubre 2020 [consultado 21 Octubre de 2021]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/29373/1/BCN_Formacion_en_Afectividad_Sexualidad_y_Genero_en_el_Curriculm_Nacional_version_final.pdf
10. **Ministerio de salud;** subsecretaría de salud pública. Ley 20418 Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad [Internet]. Chile, Santiago: Ley chile. BNC ; 2010. [Consultado 21 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482>
11. **Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N.** Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual.[Internet]. Chile; 2017. [consultado 10 Noviembre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.70023>
12. **Molina T., González E., Leal I., & Sáez R.** Calidad de la educación sexual recibida en el contexto escolar y su asociación a conductas sexuales en adolescentes chilenos, según datos VIII Encuesta Nacional de la Juventud [Internet]. Chile; 2020. [consultado 10 Noviembre de 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200139>

- 13. Villagra, C., Cifuentes, A., Cabreras, C., & Aravena, O.** Percepción del profesorado sobre educación sexual en centros escolares de la Araucanía, Chile.[Internet]. Chile, Araucanía; 2017. [consultado 25 Noviembre 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6210224>
- 14. Montero, L., Valverde, P., Dois, A., Bicocca, M., & Domínguez, C.** La educación sexual: un desafío para la educación católica[Internet]. Chile; 2017. [consultado 3 septiembre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/edu.2017.20.3.1>
- 15. Montero, A.** Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia.[Internet]. Chile; 2011. [consultado 3 septiembre 2021]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887201100100001
- 16. Castro, G., Carrasco, M., Solar, F., Catrien, M., Garcés, C., & Marticorena, C.** (2019). Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile[Internet]. Chile; período 2010 - 2017. [consultado 15 junio 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100028>
- 17. Ascencio, G., Bellolio, J., Castillo, N., Fernández, M., González, R., Jiles, P., Mirosevic, V., Mix, C., Rojas, C., & Torres, V.** (2019). Establece bases generales para la educación afectiva y sexual de niños, niñas y adolescentes, en los establecimientos educacionales, y modifica normas legales que indica. Chile.[Internet]. Chile; 2019 [consultado 10 Octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=13284&prmTIPO=INICIATIVA>
- 18. Obach, A., Sadler, M., & Cabieses, B.** Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study [Internet]. 2018. [consultado 21 Octubre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30369026/>
- 19. González, E., Molina T., & Lutges C.** Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas [Internet]. Chile; 2015.[consultado 10 Noviembre de 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>
- 20. Macintire, A., Montero, A., & Sagbakken, M.** From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile [Internet]. Chile; 2015. [consultado 25 Noviembre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2253-9>
- 21. Barria, D., & Niebles, Á.** Concepciones sobre la sexualidad en adolescentes de una escuela primaria en el sur de Chile [Internet]. Chile, Castro; 2020. [consultado 25 Noviembre 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100048
- 22. Raimann, M., & Fuentes, V.** Percepción de adolescentes y jóvenes chilenos sobre el aumento en nuevos casos de VIH. Revista ANACEM. [Internet]. Chile; 2020. [consultado 10 octubre 2022] Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/10/1123597/revista-anacem-141-82-87.pdf>
- 23. Marrodán, M., Álvarez, R., Muñoz, C., Vega, K., & Véliz, K.** Evaluación del resultado de una intervención educativa sobre VIH/SIDA en una población adolescente escolar de Antofagasta. Revista Chilena Salud Pública. [Internet]. Chile; 2018. [consultado 1p octubre 2020] Disponible en: <https://revisitasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/51037/54204>
- 24. Cifuentes, C., Gaete, G., Sepúlveda, C., Morales, I., & Parada, D.** Factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes de un colegio de educación secundaria [Internet]. Chile, Coihueco; 2021. [consultado 25 Noviembre 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horiz-med.2021.v21n1.03>
- 25. Yáñez, C., & Escalante, D.** Percepciones de sexualidad y reproducción en adolescentes en etapa escolar. Revista INTEREDU. [Internet]. Chile; 2014. [consultado en 10 octubre 2022] Disponible en : <https://revistainteredu.com/index.php/interedu/article/view/30/31>
- 26. Luengo, M., Millán, T., Zepeda, A., Tijero, M.** Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva.[Internet]. Chile; 2012. [consultado 25 noviembre 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000600003>
- 27. González E., Molina T., Montero A., & Martínez V.** Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana.[Internet]. Chile; 2013. [consultado 25 noviembre 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000100002>
- 28. Toro, E., Moya, P., & Pobleta, R.** (2020). Representaciones Sociales de Profesores y Estudiantes sobre las Personas LGBTI: Un Estudio de Caso en un Liceo Católico y Laico[Internet]. Chile; 2020. [consultado 2 Octubre de 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782020000100037>

Anexo 1

Tabla nº1: Resumen de artículos analizados en esta revisión.

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de es-tudio	Muestra	Resultados	Enlace
Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, periodo 2010-2017	Grace Castro- Sandoval, Mercedes Carrasco- Portiño, Francisca Solar- Bustos, Marcelo Catrien- Carrillo, Camila Garcés- González, Camila Marticorena- Guajardo	2019	Estudio observacional ecológico	Incluyó 51 establecimientos y estadísticas de embarazo, uso de métodos anticonceptivos (MAC), casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y violencia sexual.	El 43% de éstos implementaron algún programa de educación sexual; El 80% ha incorporado los contenidos curriculares, y la misma cifra ha ejecutado iniciativas propias de sexualidad y asesorías externas con un alcance del 84%. Se observa un descenso del embarazo adolescente, aumento del uso de MAC, pero disminuyó el uso de condón masculino, y un aumento de los casos de gonorrea y VIH, así como las cifras de violencia sexual hacia adolescentes.	https://www.scielo.cl/scielo.
Continuidades y rupturas: La política de salud sexual y reproductiva chilena en cuatro gobiernos	Cubillos, J. A	2019	Revisión Bibliográfica	no se especifica	En el presente artículo se ha hecho un breve análisis sobre la trayectoria de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, a partir de los cuatro gobiernos presentes en el periodo 2000-2018. En primera instancia, se ha reparado en los énfasis de cada mandato presidencial. Las prioridades del gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006) estuvieron en la inclusión de un discurso de derechos humanos en las políticas públicas –especialmente en el ámbito de la salud y la protección social–, y en el establecimiento de mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil. No obstante, la sexualidad no fue prioritaria, aunque se observan avances, principalmente, desde una lógica sanitaria, que se enfoca en la regulación de la fertilidad, la prevención del embarazo adolescente y problemas sanitarios asociados a la reproducción.	https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de es-tudio	Muestra	Resultados	Enlace
Política pública de educación sexual en Chile: actores y tensión entre el derecho a la información versus la libertad de elección	Essau Figueroa Silva	2011	Estudio cualitativo descriptivo	La muestra está conformada por un Profesor, un alumno, un apoderado, un político, un representante religioso, un funcionario público, un representante, encargado del tema en una de las organizaciones privadas que ha trabajado el tema durante los últimos años en Chile y un experto	En el trabajo se analiza cómo la implementación de una política pública de educación sexual en Chile se ha convertido en un conflicto de carácter histórico, determinado por la existencia de una tensión entre quienes defienden el derecho a la información y quienes reivindican la libertad de elección. Varios actores se han hecho parte de esta discusión circunscrita al campo de valores en la educación intentando legitimar sus puntos de vista respecto de diversos elementos asociados al tema, de modo que la puesta en marcha de una nueva política de educación sexual (2010) ha reflotado dicha tensión y de paso ha añadido nuevos elementos al debate. Se concluye que sólo dos actores tienden a definir asimétricamente el resultado del debate, lo que sería la causa probable del fracaso para las diferentes iniciativas y modelos de educación sexual implementados en Chile.	https://revista-rgp.uchile.cl/index.php/REGP/article/
Factores que influyen en la implementación de una política pública de educación sexual integral: Casos Chile y Costa Rica.	Emanuel Franco Mella Robles, Edgar Mauricio Rebolledo Toro	2020	Revisión Bibliográfica	Se hará una revisión bibliográfica especializada y un análisis comparado tomando los casos de Costa Rica y Chile, a fin de determinar diferencias y similitudes e inferir en base a factores presentes en la literatura	La revisión de la literatura nos sugiere que el problema tiene distintos efectos y que estos impactan especialmente a niño, niñas, adolescentes, género femenino, y LGTBIQ. A su vez, en las raíces más profundas y causas del problema nos encontramos con barreras culturales como el machismo, una relación estrecha entre el sistema sex-género, la política y la sociedad en general101, y con una importante tendencia a la homofobia y a la discriminación.	https://repositorio-digital.uct.cl/handle/

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Formación en afectividad, sexualidad y género en el currículum nacional (BCN)	Pamela Cifuentes V, Luis Castro Paredes	2020	Asesoría parlamentaria	Se investigaron los documentos oficiales relativos al Currículum nacional. En especial, las bases curriculares y los programas de estudio, correspondientes a los niveles de educación parvularia, educación básica y educación media	Este informe es elaborado como respuesta a una solicitud parlamentaria que pide información sobre las prescripciones de objetivos de aprendizaje en el Currículum nacional desde el nivel parvulario en adelante en temáticas y programas de Educación Sexual. Dicha solicitud se da en el contexto de la discusión del Proyecto de ley que 'Establece normas generales en materia de educación sobre afectividad, sexualidad y género para los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado	https://obtienearchivo.bcn.cl/obtiene_archivo?id=repositorio-
Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual	Obach, A., Sadler, M., & Jofré	2017	Estudio cualitativo etnográfico	Observación participante de la dinámica de un espacio amigable en 5 comunas de la Región Metropolitana de Chile. Se realizaron un total de 38 entrevistas semi-estructuradas (5 a informantes clave, 10 a trabajadores de salud y 23 adolescentes) y cinco grupos de discusión (2 con trabajadores de salud con un total de 13 participantes; 3 con adolescentes con un total de 27 participantes).	Se identificó una percepción negativa por parte de adolescentes respecto a la educación sexual que reciben. Sostienen la necesidad de información en salud sexual y reproductiva que cubra en profundidad las dimensiones tanto biológicas como emocionales y afectivas de la sexualidad, superando enfoques conservadores y de riesgo en torno a la sexualidad. Se identificaron estrategias innovadoras en salud, centradas en las escuelas, donde los sectores de salud y educación trabajan de manera colaborativa en materia de educación sexual	http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n6/0124-0064-rs-

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Percepciones de sexualidad y reproducción en adolescentes en etapa escolar	Yáñez, Cynthia; Escalante, Diego	2014	Estudio Mixto	La muestra estuvo constituida por estudiantes de un colegio particular subvencionado de la comuna de Ñuñoa, y otros establecimientos, del tipo NB5 y polivalentes, en cursos de octavo básico, primero, segundo y tercero medio.	Resultado cuantitativo	https://revistainteredu.com/index.php/interedu/article/view/30/31
Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva	M.Ximena Luengo Charath, Teresa Millán Klüsse, Ana J.Zepeda Ortega, Marcia Tijero Méndez	2012	Estudio Mixto	Muestra estratificada, 368 adolescentes de comunas de bajos ingresos y elevados nacimientos en adolescentes, en santiago-chile.	52,9% de los encuestados sabía de la atención de SSR y, de ellos, 22,1% había consultado. Variables predictivas para utilización de los servicios fueron: ser mujer, haber estado saliendo con un novio/a, haber recibido educación sexual en la familia y no vivir con los padres. La mayoría de los consultantes evaluó positivamente la atención de SSR. Razones porque no solicitaron atención de SSR fueron: no tener necesidad, vergüenza de consultar y falta de información sobre disponibilidad de este tipo de atención.	https://www.scielo.cl/pdf/rccp/v83n6/art03.pdf

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile	Anna, K-J Macintyre, Adela Rosa Montero Vega, Mette Sagbakken	2015	Estudio cualitativo	La recolección de datos incluyó cuatro discusiones de grupos focales con un total de 24 adolescentes de 18 a 19 años, 20 entrevistas semiestructuradas con adolescentes de 16 a 19 años y siete entrevistas con informantes clave que trabajan con adolescentes. Las grabaciones de audio se transcribieron textualmente y se analizaron mediante análisis de contenido.	Las fuentes primarias de información sobre salud sexual y sexualidad fueron los padres, maestros y amigos, mientras que las fuentes secundarias incluyeron profesionales de la salud para mujeres e Internet para hombres. La información proporcionada por fuentes confiables de padres, maestros y profesionales de la salud tendió a enfocarse en los aspectos biológicos de la sexualidad, particularmente el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Información centrada principalmente en las relaciones heterosexuales y la reproducción. Los adolescentes aprendieron sobre las relaciones y los actos sexuales a través de amigos, parejas y, para muchos hombres, la pornografía. Los hallazgos indican una falta de información disponible sobre la comunicación con la pareja, el establecimiento de límites personales y la anticoncepción.	https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/counter/
Concepciones sobre la Sexualidad en adolescentes de una escuela primaria en el sur de Chile	Daniela Barria Díaz, Ángela Niebles Gutiérrez	2020	Estudio cualitativo	Se seleccionó una muestra de 25 estudiantes, 15 del sexo femenino y 10 del sexo masculino de entre 12 y 14 años que cursaban 7º año de enseñanza primaria. En una escuela primaria de la comuna de Castro, Región de los Lagos, Chile	Se concluyó que las concepciones de la sexualidad de los estudiantes se identifican únicamente con las relaciones sexuales y en particular con el acto sexual. Se manifiesta un posicionamiento débil respecto a la autonomía sobre el ejercicio placentero y responsable de su sexualidad. Esto es causado por el pobre manejo de información sobre sexualidad. Los estudiantes mostraron interés en temas sensibles como la homosexualidad, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.	http://scielo.sld.cl/pdf/hmc/v20n1/1727-8120-
Percepción de adolescentes y jóvenes chilenos sobre el aumento en nuevos casos de VIH	María Victoria Raimann Pum- pin, Valentina Fuentes Lombardo	2020	Estudio cualitativo de revisión bibliográfica	N/A	Al comparar los diferentes estudios e informes, se puede ver que aún existen prejuicios acerca del VIH/Sida y los estigmas que conlleva. Demostmando que la educación acerca del tema es la mejor manera de combatirlo.	https://revista.anacem.cl/wp-content/

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study	Alexanda Obach Baltica Cabieses Michelle Sadler	2018	Estudio cualitativo	Informantes clave 5, profesionales de la salud 23 adolescentes 50, con un total de 78 participantes	se identificaron dos estrategias intersectoriales para dar respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes: (a) la estrategia de entrada y salida, donde los profesionales de la salud brindan atención de salud mayoritariamente en los centros de salud y realizan acciones específicas en las escuelas y (b) la estrategia basada en la escuela en la que los profesionales de la salud realizan acciones continuas en las escuelas como parte del plan de estudios. Se percibe que el segundo responde mejor a las necesidades de los adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva y en la prevención del embarazo adolescente	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/
Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana	Electra González A, Temistocles Molina G., Adela Montero V., Vania Martínez N	2013	Estudio transversal analítico	Los resultados corresponden a 5.854 adolescentes. El 92,6% mujeres y 7,4% hombres. El 84,2% del total había iniciado actividad sexual. El 90% son estudiantes y el 94% pertenece al nivel socioeconómico medio-bajo	El 84,2% había iniciado actividad sexual y no el 15,8%. Las variables asociadas al inicio sexual fueron: ser hombre; mayor edad; mayor escolaridad; aspiraciones académicas básicas; desempeño escolar bajo; repetición escolar; no afiliación religiosa; no asistencia a servicios religiosos; tener un trabajo; tener pareja mayor; tener una pareja que trabaje; conversar temas de sexualidad solo con la pareja; más parejas románticas; no participación social; historia de abuso sexual; mayor número de hijos; mala relación padre-hijo; mala comunicación familiar; supervisión parental limitada; historia de paternidad y/o maternidad adolescente en los padres; padres con baja educación; menor supervisión parental.	https://www.scielo.cl/pdf/rectholog/v78n1/art02.pdf

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Evaluación de resultado de una intervención educativa sobre VIH/SIDA en una población adolescente escolar de Antofagasta, Chile	Marco Marrodán García, Romina Álvarez Giménez, Claudia Muñoz Tapia, Karina Vega Pizarro, Katherine Véliz Romero	2018	Estudio experimental (intervención antes-después)	El grupo estudiado estuvo compuesto por 70 escolares, de ambos sexos, de entre 14 y 15 años de edad. cuestionario previo y posterior a una intervención educativa sobre VIH/SIDA.	En cuanto a conocimientos sobre VIH/sida, los estudiantes que obtuvieron resultados catalogados como Muy Bien y Excelente aumentaron de 17% a 72%. Aquellos que identificaron correctamente medidas de prevención aumentaron de 54 a 78% y los que declaraban que ser homosexual o bisexual constituye mayor riesgo de adquirir el VIH, disminuyeron de 36 a 30%.	https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/
Factores de riesgo para infecciones de trasmisión sexual en adolescentes de un colegio de educación secundaria / Risk factors for sexually transmitted infections in adolescents from a secondary school	Cifuentes Zúñiga Camila Fernanda; Gaete Villegas Guisella Alejandra; Sepúlveda Saldías Claudia Mariela; Morales Ojeda Ismael Antonio; Parada Jiménez Darynka Angélica.	2021	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal	La población correspondió a 184 estudiantes de 15-19 años que asisten a un colegio de educación secundaria de la provincia de Ñuble, de cualquier identidad de género. El rango etario fue 15 a 19 años que cursan 3.º y 4.º año de educación media.	Se evidenció una comprensión de las infecciones de transmisión sexual. Alrededor del 30,00 % de los estudiantes ha iniciado ya sus relaciones sexuales, lo que demuestra la existencia de prácticas de riesgo como edad de inicio sexual cercana a 15 años, uso de drogas, obtención de beneficios a cambio de sexo y no empleo de condón como medio de protección. No se encontraron evidencias de que los estudiantes hayan contruido infecciones de transmisión sexual.	http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v21n1/1727-558X-hm-21-01-e1125.pdf
Calidad de la educación sexual recibida en el contexto escolar y su asociación a conductas sexuales en adolescentes chilenos según encuesta VIII	Temistocles Molina, Electra Gonzalez, Ingrid Leal, Rosa Saez	2020	Estudio cualitativo transversal analítico	Está constituida por 2.524 adolescentes entre 15 y 19 años de ambos sexos, con y sin inicio de actividad sexual y que están cursando algún nivel de enseñanza media.	La muestra correspondió a 1.049 adolescentes sexualmente activos, de estos el 21,83% correspondió al grupo con evaluación mala, 44,16% con evaluación regular y 34,01% con evaluación buena. La razón entre adolescentes que no usaron condón en la última relación sexual versus usaron condón, es 1,64 veces mayor en los adolescentes con evaluación mala de la educación sexual recibida. La razón entre adolescentes que tuvieron dos o más parejas sexuales en el último año versus ninguna o una, es 2,15 veces mayor en los adolescentes con evaluación mala de la educación sexual recibida	https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n2/0717-7526-

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas.	Electra González A. MSc, Temístocles Molina G., Carolina Luttges D.	2020	Estudio cuantitativo	1.232 adolescentes mujeres entre 12-19 años de nivel socioeconómico medio y bajo atendidas en un centro de salud sexual y reproductiva durante 2007-2011	El 92,8% reportó haber recibido alguna forma de educación sexual en el colegio, un 51,6% reconoció el colegio como principal fuente de información en métodos anticonceptivos. Tener como fuente principal de conocimiento en métodos anticonceptivos el colegio fue asociado a inicio sexual más tardío y uso de método anticonceptivo.	https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n2/0717-7526-
Percepción del profesorado sobre educación sexual en centros escolares de la Araucanía	Carolina Villagra Bravo, Alex Cifuentes Sepúlveda, Claudia Cabreraz Oliva, Omar Aravena Kening	2017	Estudio cualitativo descriptivo	Los participantes fueron 13 profesores de la comuna de Temuco	Se evidencia una pluralidad de respuestas, aunque todos concuerdan en la relevancia del desarrollo profesional para favorecer la educación sexual.	https://dialnet.unirioja.es/servlet/
Educación sexual: un desafío para la educación católica	Montero-Ossandon, L.E., Valverde-Fortes, P., Dois-Castellón, A.M., Bicocca-Gino, M. & Domínguez-Hidalgo, C.A.	2017	Estudio cualitativo analítico relacional	Conformada por 8 colegios entrevistados semiestructuradas basadas en un guión temático a los encargados del programa de educación sexual ("orientador"). Cabe destacar que el encargado no siempre fue el orientador y que también se realizaron entrevistas en las que se sumaron otras autoridades del colegio (director, coordinador y/o sostenedor económico)	Las principales dificultades encontradas en la educación sexual en colegios católicos son: la tensión entre los postulados de la doctrina católica, las vivencias de los jóvenes, un entorno erotizado y adverso a los valores cristianos y las creencias de las familias y de los profesores. Además, la falta de participación de las familias y la dificultad operativa para impartir esta enseñanza, por la falta de tiempo protegido, de infraestructura adecuada y de profesores capacitados	http://www.scielo.org.co/scielo/

Título del estudio	Autores	Año	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Representaciones Sociales de Profesores y Estudiantes sobre las Personas LGBTI: Un Estudio de Caso en un Liceo Católico y Laico	Evelyn Toro Villagra Pablo Moya Rojas Rolando Poblete Melis	2020	Estudio cualitativo descriptivo	La muestra corresponde a 16 participantes (8 estudiantes y 8 docentes). Dos liceos de la ciudad de Santiago de Chile, uno de las comunas de San Bernardo, particular subvencionado y católico, y otro de la comuna de Ñuñoa, de carácter público y laico	Muchos/as docentes declaran no sentirse preparados para enfrentar la homosexualidad y/o transexualidad en sus centros educativos ni mucho menos en sus aulas.	https://www.scielo.cl/scielo
Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia	Adela Montero v.	2011	Estudio descriptivo	N/A	La sexualidad es más que reproducción, es parte intrínseca de cada uno de nosotros, es cómo nos desarrollamos y nos relacionamos con los demás y con el entorno de la sociedad a la que pertenecemos. La adolescencia es un período con especial vulnerabilidad para el desarrollo de conductas de riesgo. En Chile se observa una progresiva disminución de la edad de inicio de la actividad sexual, particularmente en los estratos socioeconómicos más bajos. Las principales consecuencias en salud sexual son los embarazos adolescentes y el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual como el VIH. La principal estrategia para la prevención de estos riesgos es una educación sexual integral, que debe ser oportuna, objetiva, basada en evidencia científica, amigable y confidencial.	https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n10/art01.pdf

Anexo 2			
Tabla nº2: Resumen de artículos analizados en esta revisión, otros buscadores.			
Título	Año	Procedencia	Enlace
Ley 20.418 Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.	2010	Biblioteca del Congreso nacional Ley chile	https://nuevo.leychile.cl/servicios/Consulta/Exportar?radioExportar=Normas&exportar
Boletín N° 12955-04	2019	Cámara de Diputados	https://www.camara.cl/legislacion/Proyectos-DeLey/autores.aspx?prID=13500&prmBOLETIN=12955-04
Patricio Aylwin Azócar Una vida republicana: convicción, política y doctrina	2020	Biblioteca del Congreso Nacional	https://www.bcn.cl/historiapolitica/resenas_biograficas/wiki/Patricio_Aylwin_Azocar

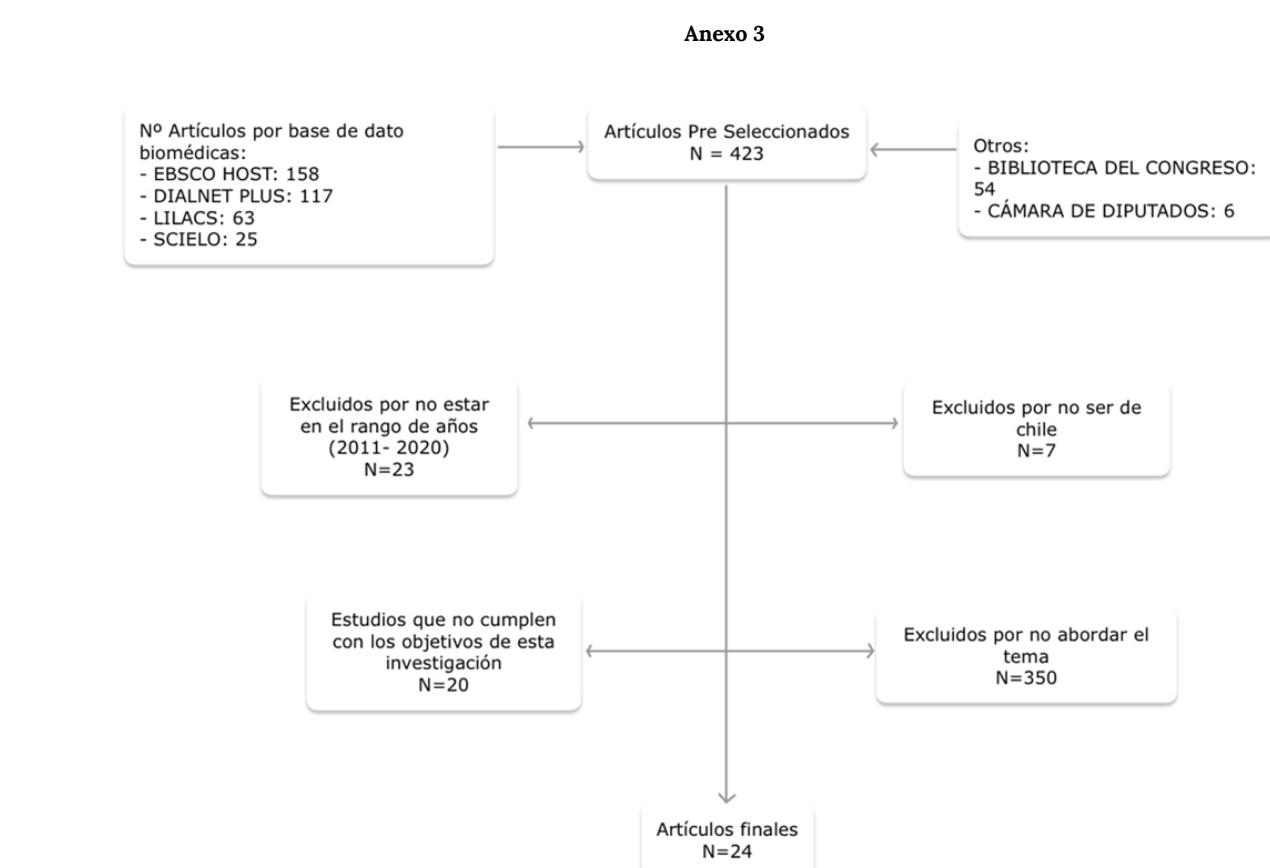


Figura 1. Diagrama de flujo de procesos de selección bibliográfica para la revisión.

Scoping review vulneración de derechos ligados a la atención en las fases del parto.

Scoping review violation of rights linked to care in the phases of parturition.

María Briones-Lorca^{1*}, Daniela Bravo-Barrueto², José Farías-Reyes²,
Gabriela Machuca-Hernández², Evelyn Medel-Espinosa²

¹Matrona, Académica, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Talca, Chile

² Estudiante, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Talca, Chile

*Autor para correspondencia: mbrionesl@utalca.cl

RECIBIDO: 27 de Enero de 2023 
APROBADO: 13 de Junio de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3629

ESTUDIO DERIVADO DEL PROCESO DE TESINA DE PREGRADO. LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Violencia Obstétrica, Violencia en el Parto, Violencia obstétrica y consecuencias
Key words: Obstetric Violence, Parturition Violence, Obstetric violence, and consequences

RESUMEN

Introducción: La Violencia Obstétrica (VO) es ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo, procesos sexuales y reproductivos de las usuarias.

Objetivo: Comprender el contexto de la vulneración de derechos fundamentales durante las fases del parto, desde la perspectiva de las personas involucradas: usuarias, personal de salud, personas significativas y/o acompañantes de la mujer.

Metodología: Se trabajó con un diseño de Scoping Review, siguiendo las recomendaciones de PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews), se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los artículos que respondieran a la pregunta de investigación.

Resultados: Basado en los estudios se obtuvo tres categorías en las que se evidenciaron los tipos de vulneración ejercidas hacia las usuarias, propuestas de soluciones y manifestaciones psico-emocionales post parto.

Conclusión: Se logró una tipificación bastante completa de los tipos de VO, sin embargo, se rescató de la literatura solo 4 estudios que

describen tangencialmente las manifestaciones psico-emocionales post parto de la usuaria, se sugiere considerar esta variable en futuras líneas de investigación junto con explorar la visión de los equipos de Salud sobre este fenómeno.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric Violence (VO) is exerted by the health professional on the body, sexual and reproductive processes of the users.

Objective: Understand the context of the violation of fundamental rights during the stages of childbirth, from the perspective of the people involved: users, health personnel, significant others and/or companions of the woman.

Methodology: We worked with a Scoping Review design, following the recommendations of PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews), inclusion and exclusion criteria were applied to select the articles that responded to the research question.

Results: Based on the studies, three categories were obtained in which the types of violation exerted towards the users, solution proposals and postpartum psycho-emotional manifestations were evidenced.

Conclusion: A fairly complete typing of the types of VO was achieved, however, only 4 studies that tangentially describe the postpartum psycho-emotional manifestations of the user are rescued from the literature, it is suggested to consider this variable in future lines of research together with exploring the vision of the Health teams on this phenomenon.

INTRODUCCIÓN

Una forma de vulneración de los derechos humanos de la mujer es la violencia obstétrica (VO), consistente en determinadas formas de maltrato debidamente definidas ejecutados en contra de la mujer antes y durante el parto o durante una emergencia obstétrica; esterilización forzada, concebida como un atentado a la capacidad reproductiva de la mujer (1).

La Violencia Obstétrica implica un trato deshumanizado, medicalización, patologización de los procesos reproductivos y conlleva la apropiación de los cuerpos de las mujeres, siendo los miembros del personal de salud quienes la ejercen (2). Por lo que también debemos considerarla una violencia de género.

Existe una modalidad de violencia obstétrica relacionada con políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto y producen inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto (3).

Algunos estudios nos muestran que la VO ejercida en el contexto de una institución de Salud como práctica institucional se asocia positivamente con la depresión posparto, lo que indica la necesidad de adecuación de los protocolos de atención, sensibilización de los profesionales de la salud para el cambio de actitudes y prácticas y de cambios en el modelo de atención obstétrica. (4)

De acuerdo a los resultados de la primera encuesta sobre el nacimiento en Chile del Observatorio de Violencia Obstétrica, se evidenció una progresiva reducción de la mayoría de las intervenciones obstétricas inadecuadas, no obstante, sorprende el

reporte de intervenciones completamente desaconsejadas como el rasurado, enema y la maniobra de Kristeller.

Sobre la base de estos antecedentes nos propusimos como equipo investigador, identificar en la literatura algunas propuestas de solución a este problema de salud pública que permitan dar una nueva mirada al proceso de parto a los profesionales del área Materna y Perinatal. Urge un cambio de paradigma para prevenir consecuencias y daños irreparables. Se necesita una mejor gestión del cuidado y acompañamiento de nuestras usuarias, familiares y personas significativas.

Dentro de este contexto, es importante mencionar que algunos países de Sudamérica cuentan con regulación de la VO, entre los cuales encontramos a Argentina, que cuenta con dos textos legales relacionados a ello. El primero es la ley 25.929 del año 2015, conocida como Ley de Parto Humanizado (6). El segundo es la ley 26.485 del año 2009, que corresponde a la ley de protección integral (7). Mientras que Venezuela cuenta con la Ley Orgánica sobre el Derecho de la mujer a una vida libre de violencia (1). En Chile, la principal ley sobre esta materia que actualmente se encuentra vigente es la ley 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (8). Sin embargo, a pesar de que existe un marco normativo por ley que regula las prestaciones, hay vulneración de derechos, lo que da lugar a un reciente proyecto de ley, aprobado por la cámara de diputados que establece los derechos en el ámbito de la gestación, prepardo, parto, postparto, salud ginecológica y sexual y sanciona la violencia gineco-obstétrica (9).

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el contexto de la vulneración de derechos fundamentales desde la perspectiva de las personas que se ven involucradas en las fases del parto: Usuarias, personal de salud, personas significativas y/o acompañantes de la mujer.

METODOLOGÍA

El presente estudio es un diseño de Scoping Review fue redactado siguiendo las recomendaciones de PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (10).

1. Formulación de la Pregunta Clínica: Se usó el modelo PICO: Población, intervención, comparación y resultado (11), para la construcción de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el contexto de la vulneración de derechos sexuales y reproductivos durante las fases del parto, desde la perspectiva de los involucrados, mujeres que refieren haber sido transgredidas, personal de salud, personas significativas y/o acompañantes de la mujer?

2. Criterios de elegibilidad de los estudios:

Inclusión:

- Estudios descriptivos transversales
- Desde el año 2019 al 2022
- Cualitativos
- Muestra de mujeres Sudamericanas
- Edad 15 a 40 años
- Vulneraciones relacionadas con: recursos humanos e infraestructura
- Estrategias para afrontar esta problemática.

Exclusión:

- Población vulnerable de mujeres con patología psiquiátrica como: esquizofrenia, depresión severa y/o trastorno bipolar y mujeres privadas de libertad.

3. Búsqueda de la Literatura:

Se incluyeron cinco bases de datos en el proceso de búsqueda, las cuales fueron: ProQuest, Dialnet Plus, Scopus, Web of Science y PUBMED. Las bases de datos fueron seleccionadas a través de una discusión con el equipo y la docente a cargo.

4. Estrategia de búsqueda:

Se desplegaron estrategias de búsqueda sensibles y acordes con las bases de datos seleccionadas. La exploración fue efectuada usando palabras claves libres y/o descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) y/o en Ciencias de la Salud (DeCS).

5. Selección de fuentes de evidencia:

Previo a la selección de estudios, se llegó a un consenso con el equipo de revisores sobre la estrategia de búsqueda con el fin de nivelar y unificar los criterios de investigación. Luego, el proceso se dividió en tres fases:

Primera fase (Screening de búsqueda): Los investigadores indagaron en las bases de datos utilizando las ecuaciones de búsqueda anteriormente nombradas e incluyendo filtros disponibles para reducir la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión.

Segunda fase (Evaluación de título y resumen): Los estudios seleccionados fueron valorados por evaluadores independientes (D.B, J.F, G.M & E.M) en función del título y resumen, además debían cumplir con los criterios de elegibilidad. Posteriormente se realizó la deduplicación manual.

Tercera fase (Evaluación de calidad): En dupla (D.B & J.F, G.M & E.M) de revisores independientes se evaluó la calidad metodológica de los estudios seleccionados, a través de la evaluación manual de texto completo bajo la respectiva herramienta de análisis para cada tipo de estudio:

- Para estudios cualitativos: "Checklist for qualitative research". (12)
- Para estudios cuantitativos: "Data Extraction and Risk of Bias form" (13)
- Para estudios mixtos: "Checklist for qualitative research" (12) y "Data Extraction and Risk of Bias form" (13)
- Para revisiones sistemáticas: "Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses" (14)

6. Procesamiento de datos

Para organizar y sintetizar de manera eficiente las características de los estudios, se creó una tabla resumen de resultados, con los siguientes antecedentes: Autor y año, País, Diseño de estudio, Tamaño de la muestra y Resultados (subdividido en los tres objetivos específicos de investigación) presentes en la tabla 2.

RESULTADOS

7. Evaluación de calidad:

Una vez realizado el análisis de manera independiente, se reunió la dupla para evaluar coincidencias y discrepancias en los estudios, a través de la evaluación manual de texto completo.

De la búsqueda realizada resultó un total de 49 estudios. El proceso de la selección de los artículos se observa en la Figura 1, la cual corresponde al flujojograma según Prisma.

En primera instancia se eliminaron 4 artículos a través de la deduplicación manual, quedando un registro de 45 artículos, para posteriormente revisar manual e individualmente en función del título

Tabla n°1: Ecuaciones de búsqueda para base de datos seleccionadas

Base de datos	Pubmed	Web of Science	Scopus	ProQuest	Dialnet Plus
Fecha de búsqueda	25/08/2022 - 31/08/2022	09/2022	30/08/2022 - 06/09/2022	08/2022	14/06/2022-24/08/2022
Años incluidos	2019 - 2022	2019 - 2022	2019 - 2022	2019 - 2022	2019 - 2022
Estrategia de Búsqueda	"Obstetric violence" y ("Parturition"[Mesh]) AND "Violence"[Mesh]	Obstetricviolence	Parturition AND violence	Obstetric violence and consequences	Obstetric violence
Filtros	from 2019 - 2022 / Systematic Review	qualitative (Todos los campos) and OA , "all") AND 2019 or 2020 or de publicación LIMIT-TO (PUB-2021 or 2022 (Años de publicación) LIMIT-TO (PUB- and CHILE or AR- GENTINA or CO- LOMBIA or PERU or VENEZUELA (Países/Regiones) LIMIT-TO (PUB- (LIMIT-TO(AFFIL- COUNTRY , "Brazil") OR LIMIT-TO (AFFILCOUN- TRY , "Colombia") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Argentina") OR LIMIT-TO (AFFIL- COUNTRY , "Chile") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Peru"))	AND (LIMIT-TO (los campos) and OA , "all") AND 2019 or 2020 or de publicación LIMIT-TO (PUB-2021 or 2022 (Años de publicación) LIMIT-TO (PUB- and CHILE or AR- GENTINA or CO- LOMBIA or PERU or VENEZUELA (Países/Regiones) LIMIT-TO (PUB- (LIMIT-TO(AFFIL- COUNTRY , "Brazil") OR LIMIT-TO (AFFILCOUN- TRY , "Colombia") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Argentina") OR LIMIT-TO (AFFIL- COUNTRY , "Chile") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Peru"))	from 2019 - 2022	tipo de documento: artículo de revista/ texto completo

y resumen. Terminada esta etapa se excluyeron 28, resultando un total de 17 estudios para su posterior evaluación de calidad.

Finalizada la evaluación de calidad, se excluyeron 5 estudios debido a que no cumplieron con los requisitos presentes en los checklist de evaluación de calidad de cada tipo de estudio, resultando un total de 12 artículos incluidos para su posterior análisis

8. Análisis de Resultados:

En la siguiente tabla se resumen los principales resultados de los distintos estudios seleccionados en base a la evaluación de calidad.

Los resultados encontrados en los artículos seleccionados que dan respuesta a los tres objetivos específicos de esta Investigación, se exponen a continuación:

Vulneración ejercida hacia la usuaria:

En la mayoría de los estudios seleccionados se abordaron intervenciones innecesarias, tales como: tactos vaginales, cesáreas, medicación, episiotomías y maniobra de Kristeller. Casi la totalidad de los artículos señalaban el trato deshumanizado en la atención, en el que se nombran: gritos, insultos, amenazas, humillar, ridiculizar, callar, maltrato físico, falta

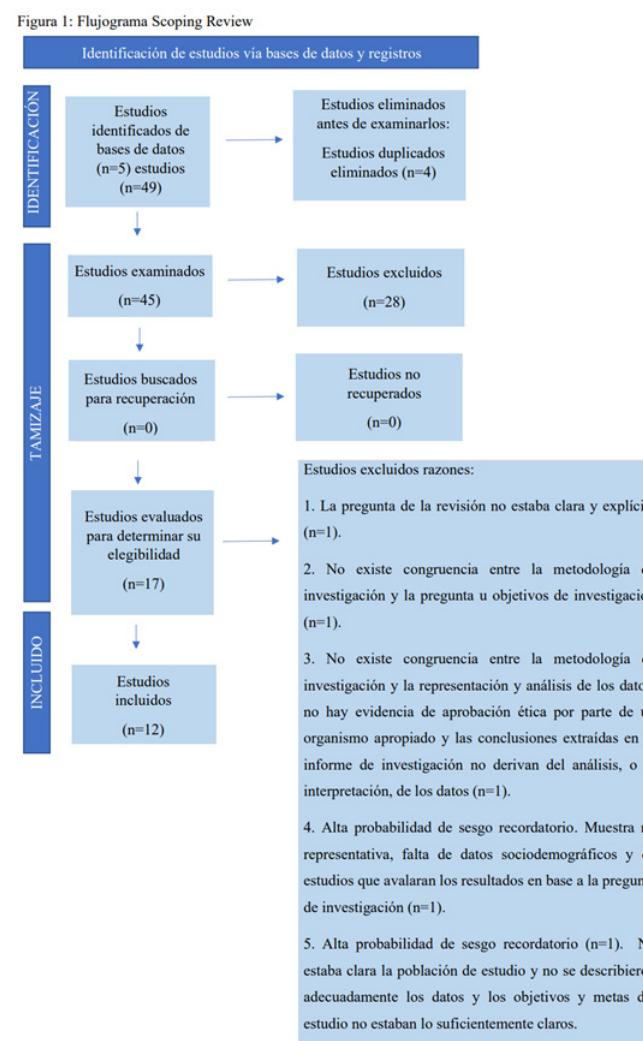


Figura n°1: Flujograma Scoping Review

de respeto, falta de privacidad, pérdida de autonomía, discriminación religiosa y/o cultural, falta de insumos, instalaciones o recurso humano.

Propuesta de soluciones:

En relación a la educación sobre el tema, una cifra no menor de estudios propone informar a la población cómo se caracteriza la violencia obstétrica, sensibilizar a profesionales del área de la salud desde la formación de pregrado para que asuman un rol activo en la prevención de este desafortunado evento en la atención sanitaria, desarrollar competencias actitudinales en profesionales del área obstétrica, como la atención respetuosa durante todas las fases del parto y la generación permanente de instancias educativas en salud relacionadas este fenómeno. Los resultados de gran parte de los estudios

apuntan también, a trabajar en el contexto en el que se desarrolla la violencia obstétrica, generando una lógica colectiva de valoración de los sentimientos y decisiones de la mujer, construir un marco legal que se oriente a un cambio de paradigma desde la preponderancia del modelo médico a la atención parto humanizado en el cual se disminuyan las prácticas obstétricas innecesarias.

Manifestaciones Psicoemocionales Postparto:

La minoría de estudios mencionaron manifestaciones psicológicas, tales como; Fragilidad, tristeza, humillación, aislamiento y ansiedad. De la misma forma, un número reducido de estudios señaló manifestaciones sexuales y/o reproductivas, como: deseo de no volver a ser madres, normalización de la violencia obstétrica y desvalorización de su proceso reproductivo.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En esta revisión de alcance se exploraron las variables relacionadas con el fenómeno de la Violencia Obstétrica que están referenciadas en la literatura existente. Gran parte de las investigaciones analizadas tipifica eficazmente las formas de vulneración hacia las usuarias por parte del personal sanitario, de acuerdo a los estudios seleccionados que cumplieron con el análisis de calidad.

La propuesta de solución más consensuada fue la necesidad de actualizar y capacitar en habilidades a profesionales y estudiantes de pregrado en cuanto al trato respetuoso a las usuarias (16, 17, 19, 24). Como equipo investigador consideramos que el pregrado es una instancia para fortalecer conductas que se encuentren acordes al “Código de ética de matronas y matronas de Chile” (27).

Asimismo, se evidenció la necesidad de crear y fortalecer en toda Sudamérica el marco legal para el manejo de esta problemática (16, 19, 20, 21). Sin embargo, se rescata de la literatura solo 4 estudios que describieron tangencialmente las manifestaciones psicoemocionales post parto (15, 16, 25, 26), por lo que se sugiere considerar esta variable en futuras líneas de investigación.

Un hallazgo no menor es el reconocimiento de la relación que tiene este fenómeno con el recurso humano e infraestructura (15, 18, 23). Por último, se reconoce un vacío de información relacionado con la

existencia de protocolos que regulen las intervenciones médicas innecesarias en los estudios analizados, considerando que para la OVO Chile, estas prácticas se dejaron de recomendar de forma rutinaria (5). A futuro sería interesante explorar reflexiones de los equipos de salud en relación a este fenómeno, considerando que se ejerce dentro del contexto de una Institución de Salud.

Limitaciones de este estudio: La estrategia de búsqueda puede ser mejorada con la selección de artículos de revistas de alto impacto en el área.

Fortaleza del estudio: El análisis de calidad permitió recuperar los estudios que tuvieron mayor rigor metodológico.

REFERENCIAS

- 1. Instituto Nacional de la Mujer, República Bolivariana de Venezuela.** Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia 2021 Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (unal.edu.co)
- 2. Lafaurie Villamil MM, Rubio León DC, Perdomo Rubio A, Cañón Crespo AF.** La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2019;18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>.
- 3. Jojoa Tobar E, et al.** Violencia obstétrica: Haciendo visible lo invisible. Revista de la Universidad Industrial de Santander2019. p. 135-46. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible (scielo.org.co)
- 4. Souza KJ de, Rattner D, Gubert MB.** Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [citado el 27 de enero de 2023];51(0):69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746574/>
- 5. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile.** Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018.
- 6. Carrizo, Sandra Soledad, and Mónica Adriana García.** Estrategias de cuidado humanizado: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal a realizar con enfermeras/os del Hospital Privado Universitario de Córdoba en el 2021. BS thesis. 2021.
- 7. Senado y Cámara de Diputados, República de Argentina.** "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en Argentina." Congreso Argentino, 2009. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/339>
- 8. Superintendencia de Salud, República de Chile.** Ley de derechos y deberes, Ley de derechos y deberes - Preguntas Frecuentes. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (supersalud.gob.cl)
- 9. Morales P.** Ley Adriana: Cámara aprobó proyecto que sanciona la violencia gineco-obstétrica adnradio2022 Cámara aprobó Ley Adriana que sanciona la violencia gineco-obstétrica (adnradio.cl)
- 10. Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D, et al.** PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med; 2018. p. 169:467-73. 10. Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun... - Google Académico
- 11. Santos C, Pimenta C, Nobre M.** The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007. SciELO - Brasil - The PICO strategy for the research question construction and evidence search The PICO strategy for the research question construction and evidence search
- 12. Briggs J.** Checklist for Qualitative Research. 2017. © Joanna Briggs Institute 2017 Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (jbi.global)
- 13. Cochrane.** «Data collection form for intervention reviews: RCTs and non-RCTs». dplp.cochrane.org, 2014, dplp.cochrane.org/data-extraction-forms.
- 14. JBI.** Checklist for systematic reviews and research syntheses. 2020. EMT Report (jbi.global)

15. Hernández Vargas M. Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. Rev Wimb Lu. 2021;16(2):93-118. Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica - Dialnet (unirioja.es)

16. Fernández J, González J. Violencia obstétrica: Estudio biométrico en revista hispanoamericanas. Musas. 2022;7(1):84-105. Violencia obstétrica: Estudio biométrico en revista hispanoamericanas | MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad (ub.edu)

17. Palmarella V, Do Nascimento S, Pires V, Santos N, Machado J, Meira L. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. Enferm actual Costa Rica 2019 (37):10. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto (scielo.sa.cr)

18. Téllez C, Chalé H, Oudhof H. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales. Revista Temas Sociológicos. 2021;(28):583-610. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales - Dialnet (unirioja.es)

19. Abreu G, De Souza J, Wanderlei R, Almeida F. Violência Obstétrica e Assistência Perinatal na América Latina: Uma Revisão Integrativa. Rev Psicol IMED.2021;13(1):212. <https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/3903>

20. Mendoza G, Medranda E. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 - 2020. Socialium: Revista Científica de Ciencias Sociales. 2020;4(2):445-58. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 - 2020 | RSocialium (uncp.edu.pe)

21. Silva A, Pantoja F, Millon Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. Medwave. 2020;20(9). Microsoft Word - medwave-2020-09-e8047.docx

22. Gleason E, Berrío D, Ríos J, Merino C. "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica

durante la atención al parto en mujeres indígenas. Salud colectiva. 2021;17(0):33. SciELO - Salud Pública - "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas (scielosp.org)

23. Correa M, Klein K, Vásquez P, et al. Observaciones y relatos de incidentes de trato a las parturientas durante el parto en dos establecimientos públicos de Argentina . Int J Gynecol Obstet . 2022 ; 158 : 35 - 43 . Observations and reports of incidents of how birthing persons are treated during childbirth in two public facilities in Argentina - Correa - 2022 - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library

24. Loreto T, Kuhn J, Nomura R. Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care. Midwifery 2022. Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care - ScienceDirect

25. Paiva A, Pereira A, Dantas S, Rodrigues A, da Silva F, Rodrigues D. Social representations of obstetric violence for puerperal women and health professionals: Correspondence factor analysis. Cogitare Enferm 2022;27.

26. Lansky S, De Souza K, De Moraes E, Oliveira B, Diniz C, Vieira N, et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Cienc Saude Coletiva 2019;24(8):2811-2824. SciELO - Salud Pública - Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes (scielosp.org)

27. Colegio de Matronas y Matrones de Chile A.G. COLMAT. Código de ética colegio de matronas y matrones de Chile A.G. 2022.

Tabla nº2: Resumen de resultados de las bases de datos seleccionadas

Autor año	País	Diseño estudio	Tamaño muestra	Resultados
Hernández Vargas, M. 2021(15)	Costa Rica	Cualitativo enfoque biográfico narrativo	7 experiencias reales de mujeres.	Vulneración ejercida hacia las usuarias. Propuestas de soluciones. Manifestaciones psicoemocionales post parto.
Fernández-Díaz, JC., et al. 2022 (16)	España	Estudio biométrico descriptivo retrospectivo	39 estudios de bases científicas de revistas hispanoamericanas.	Intervenciones y medicalización innecesarias de rutina para el parto. Lógica colectiva para hacer frente a las repercusiones de diferente índole hacia las mujeres debido a la VO. Sentimientos en general de odio y reproche hacia el sistema de salud público por arrebato de una correcta vivencia del parto.
Palmarella, VPR, et al. 2019 (17)	Brasil	Estudio cualitativo fenomenológico	20 mujeres en trabajo de parto.	Realización de técnicas innecesarias, traumas psicológicos en usuarias producto de la represión y los tratos deshumanizados por parte del personal de salud. Unificar, construir y divulgar el término VO. Dando paso a que se erradique el concepto desde la formación de profesionales de la salud.
Téllez, CAA, et al. 2021 (18)	México	Cualitativo	52 parteras tradicionales.	Excesivas intervenciones innecesarias sin consentimiento por parte de la usuaria. Además de conductas por parte del personal sanitario que involucraban malos tratos. Actualización de los profesionales de los servicios y en la formación académica. Entregar educación prenatal a las usuarias con respecto a la VO.
Abreu, GA, et al. 2021 (19)	Brasil, Venezuela, México y Colombia	Revisión integradora	17 estudios que cumplieron con los criterios establecidos por los autores.	Agresiones derivadas de la institución, actos producto de una agresión directa del personal institucional, junto a las excesivas intervenciones innecesarias. Subsanar la insuficiencia de personal capacitado. No hubo respuesta a este objetivo.
				en habilidades para la atención obstétrica en las instituciones de salud.
				Diferentes formas de VO hacia las usuarias, tales como: denegación de la atención, intervenciones innecesarias, malos tratos, entre otros. Creación de leyes que tipifiquen y sancionen las prácticas de VO. Necesidad urgente de acciones educativas en salud enfocadas en la VO.

Autor año	País	Diseño estudio	Tamaño muestra	Resultados
Mendoza, GPB., et al. 2020 (20)	Ecuador	Estudio no experimental, enfoque cuali-cuantitativo.	210 mujeres atendidas en el área de Ginecología del hospital regional Dr. Verdi Cevallos Baldia.	83% de las mujeres afirman haber percibido algún tipo de violencia durante su paso en el hospital, el 56% percibió violencia psicológica, el 19% VO, el 8% violencia física y un 17% no percibió ningún tipo de violencia.
Silva, A., et al. 2020 (21)	Chile	Revisión de alcance	38 estudios en base a los criterios establecidos por los autores.	Alta tasa de cesáreas. Avanzar en una política de parto humanizado multidimensional y en un plan de acción financiado, plurianual y participativo.
Gleason, EG., et al. 2021 (22)	Colombia	Estudio cualitativo de tipo etnográfico	9 mujeres indígenas embarazadas habitantes de la ciudad de Medellín.	Abuso físico y verbal junto a otras formas de VO, tales como: estigma y discriminación por su cultura o forma de pensar.
Correa, M., et al. 2022 (23)	Argentina	Investigación prospectiva de método mixto (cualitativo-cuantitativo)	250 observaciones directas del TP, de las cuales 45 fueron encuestadas en el hogar y 7 entrevistas a proveedores de salud.	La frecuencia total de maltrato reportada por las mujeres encuestadas en el hogar fue de 44,4%, desglosándose que el 28,9% sufrió maltrato físico, el 15,6% informaron abuso verbal y en las observaciones directas de las mismas mujeres solo se registró que el 11,1% sufrió abuso verbal, sin registrar los demás tipos de VO.
Loreto, TM., et al. 2022 (24)	Brasil	Estudio comparativo y transversal	60 médicos especialistas en gineco-obstetricia, profesores o consultores y residentes en formación.	La mayoría de las personas encuestadas (85%) creían que son ejemplos de VO: episiotomía sin anestesia, requerir que las usuarias guarden silencio durante el TP y negar o no ofrecer analgesia.

Autor año	País	Diseño estudio	Tamaño muestra	Resultados
Paiva, AMG., et al. 2022 (25)	Brasil	Estudio exploratorio de enfoque multimétodo	289 puérperas de primer o segundo día y 29 profesionales del equipo multidisciplinario.	Privación de los derechos de las usuarias. Intervenciones innecesarias basadas en evidencias débiles. Valoración de los sentimientos y las decisiones de la mujer ya sea durante la atención prenatal, en el parto o en el postparto.
Lansky, S., et al. 2019 (26)	Brasil	Estudio transversal multicéntrico	555 de las 1290 gestantes que visitaron la exposición Senses of Birth, fueron encuestadas mediante teléfono o vía mail.	El 12,6% de las mujeres experimentaron violencia en el parto, 36,9% fueron sometidas a intervenciones no consentidas, 33% a abuso verbal y atención indigna, 13,6% a maltrato físico y el 10,6% declaró abandono, negligencia o rechazo de la atención. La exposición permitió que las mujeres que asistieron se empoderaran de conocimientos acerca de estas prácticas, por lo que es bueno que existan estas instancias. Sentimientos de tristeza por no tener una buena experiencia de parto. Sin deseos de volver a ser madres.

Políticas públicas de salud en la prevalencia de la diabetes gestacional en chile (2002 - 2022).

Public health policies on the prevalence of gestational diabetes in chile (2002 -2022).

Macarena Martínez-Órdenes¹, Bárbara Durán-López², Catalina Oyarzún-Vergara²,
Javiera Rogel-Yáñez², Barbara Soto-Riveros², Katherine Vasquez-Dimter²

¹Matrona, Académica, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile.

Estudiante del Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Licenciada en Obstetricia, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile.

*Autor para correspondencia: macamartinez@ug.uchile.cl

RECIBIDO: 27 de Enero de 2023  APROBADO: 13 de Junio de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3673

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Diabetes gestacional, Políticas públicas, Obesidad.
Key words: Gestational diabetes mellitus, Public policies, Obesity.

RESUMEN

Objetivo: identificar el alcance de las políticas públicas de salud sobre obesidad en la prevalencia de la diabetes mellitus gestacional (DMG) en Chile, desde 2002 hasta 2022.

Metodología: revisión de alcance narrativa basada en el protocolo del Joanna Briggs Institute (JBI). Se realizó una búsqueda de artículos académicos en las bases de datos Scielo, Pubmed, Science Direct, EBSCOHost y Cochrane. Además, se incluyeron recursos adicionales como guías clínicas y documentos ministeriales. La inclusión, exclusión y selección de todo lo anterior fue resumido en un modelo PRISMA abreviado para revisiones de alcance.

Resultados: se encuentran seis legislaciones, cuatro documentos ministeriales y dos guías clínicas relacionadas con la DMG y la malnutrición por exceso en el país. Solo las políticas derivadas de la Resolución Exenta 1236 y del Decreto 22 incluyen en forma directa a las gestantes.

Conclusión: las políticas públicas analizadas se enfocan en la responsabilidad individual para el manejo de la malnutrición por exceso y la DM tipo II. Ninguna en su formulación considera a las gestantes como un grupo vulnerable y necesario de intervenir de manera precoz a través de acciones colectivas, como la optimización del control preconcepcional.

ABSTRACT

Objective: to identify the scope of public health policies on obesity in the prevalence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) in Chile, from 2002 to 2022.

Methods: a narrative scoping review based on the Joanna Briggs Institute (JBI) protocol. A search for academic articles conducted in the Scielo, Pubmed, Science Direct, EBSCOHost and Cochrane databases. In addition, additional resources such as clinical guidelines and ministerial documents included. The inclusion, exclusion, and selection of all the above summarized in an abbreviated PRISMA model for scoping reviews.

Results: there are six laws, four ministerial documents and two clinical guidelines related to GDM and excess malnutrition in the country. Only the policies derived from Exempt Resolution 1236 and Decree 22 directly include pregnant women.

Conclusion: The public health policies analyzed focus on individual responsibility for managing excess malnutrition and type II diabetes. None of them consider pregnant women a vulnerable group that needs early intervention through collective actions, such as the optimization of preconception control.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una enfermedad que representa un problema de salud pública tanto en Chile como a nivel internacional.

Según la Conferencia Panamericana sobre Diabetes y Embarazo (2015) “se calcula que, a escala mundial, una de cada siete mujeres embarazadas puede padecer hiperglucemia, que en el 85% de los casos corresponde a DMG. La proporción de mujeres afectadas puede llegar al 30%” (1) y de acuerdo con el Manual de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2022), un 4% de pacientes embarazadas presenta diabetes, como también la “asociación entre diabetes y embarazo en Chile es de aproximadamente un 10%” (2).

En este sentido, el dato más reciente del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) indica que -a diciembre de 2018- existían 36.026 embarazadas en control por patologías de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en nivel secundario, de las que el 10,4% eran mujeres con DMG (3). Por otro lado, la incidencia de diabetes mellitus en el embarazo aumenta con la edad. Así, mientras en mujeres menores de 20 años ésta llega a menos del 1%, en aquellas de entre 40 y 45 años la tasa asciende a un 7% (2).

Asimismo, la obesidad es uno de los principales factores de riesgo de la DMG. Por ello, considerando el constante aumento de esta morbilidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una auténtica epidemia (4). Actualmente, Chile ocupa el segundo puesto entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con mayores niveles de obesidad, con un 34,4% (4,5).

Al igual que en el resto del mundo, la malnutrición por exceso ha aumentado exponencialmente en el país en las últimas décadas. Si en 2003 el 61% de las personas mayores de 15 años presentaba sobre peso u obesidad, en 2017 éstas alcanzaron el 75%, lo que representa un aumento de 23% en poco más de una década. Y si de factores de riesgo se trata, el IMC elevado subió del tercer lugar en 2007 al primero en 2017, desplazando al consumo de tabaco como una de las principales causas de muerte y discapacidad (6,7).

El rol del Estado es fundamental en la creación oportuna de políticas públicas con un enfoque en los determinantes sociales de la salud (DSS), que busquen promover que los individuos opten por decisiones de consumo alimentarias responsables que les permitan mejorar sus niveles de bienestar en salud y calidad de vida durante todo el ciclo vital (7,8,11,12). Es por esto que desde el Estado se generan distintas políticas públicas, desde la creación del Sistema Elige Vivir Sano (SEVS) hasta la Estrategia Nacional de Salud (ENS) de 2022 (9,10,12).

Esta investigación busca primariamente identificar el alcance de las políticas públicas sobre obesidad en la prevalencia de la DMG en personas gestantes en Chile, desde el año 2002 al 2022, y con ello mapear las brechas que existen en la formulación de las políticas públicas para la inclusión de la población gestante.

METODOLOGÍA

Para nuestro propósito aplicamos una revisión de alcance de tipo narrativa, retrospectiva que utiliza el protocolo del Joanna Briggs Institute (JBI)13 para la valoración crítica de los artículos académicos y documentos adicionales obtenidos a través de la herramienta de valoración CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) (14).

Estrategia de Exploración

Se realizó la extracción de información desde bases de datos pertenecientes a la Red de la Biblioteca de la Universidad San Sebastián contenida en fuentes bibliográficas tales como Pubmed (MEDLINE), Scielo (repositorio multidisciplinario), Science Direct de Elsevier, EBSCOHost, Cochrane y la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). Las bases de datos anteriores destacan por ser de alto nivel, ya que sólo permiten la inclusión de artículos revisados por pares y no artículos emergentes que corresponden

al área médica y se rigen por operadores booleanos. Además son mixtas, ya que permiten obtener artículos de manera gratuita (free full text) y de forma pagada.

Para realizar la búsqueda se utilizaron palabras claves como diabetes mellitus gestacional (gestational diabetes mellitus), políticas públicas (public policies), diabetes, DMG (GDM), Chile. Además, se utilizaron operadores booleanos (AND, NOT y OR) tanto para ampliar como para limitar la búsqueda de información sobre la problemática y enlazar de forma lógica las palabras claves empleadas.

Se excluyeron artículos y legislaciones que no daban cuenta de la realidad chilena, sitios web de universidades y clínicas privadas que entregan información sobre el manejo de la DMG, así como aquellas publicaciones previas al año 2000 y posteriores al primer semestre de 2022.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un análisis de los artículos y documentos encontrados en las bases de datos científicas y recursos adicionales tales como la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN), Documentos Ministeriales y Guías de Práctica Clínica.

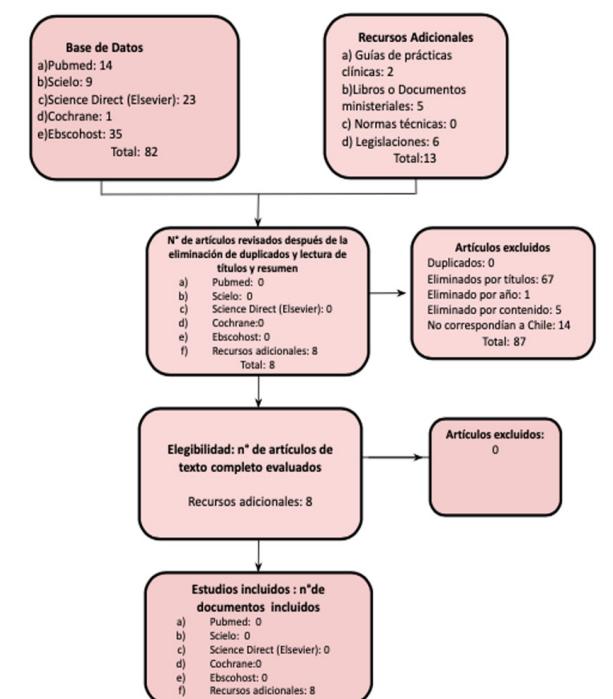
Si bien se encontraron artículos científicos y académicos, estos se descartaron ya que no cumplían con los criterios de inclusión. Asimismo, no se encontraron artículos que evaluaran las políticas públicas de salud chilenas en torno a la DMG.

En la búsqueda de los recursos adicionales se encontraron seis legislaciones chilenas que incorporan políticas públicas relacionadas a los criterios previamente definidos, además de dos documentos ministeriales: la Orientación Técnica sobre Elige Vida Sana y la Estrategia Nacional Cero Obesidad.

En la tabla 1 se presenta una síntesis de los recursos que incluye la autoría gubernamental, el título de la legislación, el año desde el que están vigentes y el carácter general de la política pública.

Es importante mencionar que las legislaciones expuestas se relacionan entre sí, ya que buscan lograr objetivos y metas con enfoque central en la prevención y promoción de la salud.

Figura n°1: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (Modelo PRISMA)



En 2010 se promulga la Resolución Exenta 1236 que regula el examen de medicina preventiva y que fue creada en el marco de la necesidad de realizar exámenes de salud para la prevención y el control del daño, y de la mortalidad derivadas de problemas de salud, priorizados en el documento Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 (15). Lo anterior con el fin de instaurar un plan periódico de monitoreo durante el ciclo vital que ayude en la reducción o postergación de enfermedades no transmisibles (ENT) más relevantes en la población.

En el segundo artículo de esta resolución se incluye la pesquisa y el diagnóstico de diabetes para las gestantes antes de las semana (13), a través de la determinación de la glicemia basal, medición de peso, talla, cálculo de IMC y consejería de hábitos saludables durante la gestación respecto a la salud nutricional y física (15).

En el año 2012 se publica la Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, más conocida como la Ley de Etiquetado, que obliga a la industria alimentaria a informar sobre la composición nutricional de sus productos mediante sellos de advertencia en los envases. Esto busca brindar información de manera clara y sencilla a los

consumidores, para ayudarlos en la toma de decisiones de compra informada (16). Esta legislación se transforma en uno de los primeros pasos para la implementación de la Ley 20.670 que a su vez crea el Sistema Elige Vivir Sano (SEVS), con el respaldo de MIDESO y el MINSAL (17).

El SEVS tiene por objeto promover cambios en los estilos de vida y propiciar comportamientos individuales para la prevención, el manejo y la mejora de ENT que derivan de la malnutrición por exceso en la población general, con énfasis en la mejora de los entornos alimentarios de niñas, niños, y adolescentes (16).

En 2019 se publica el Decreto 22 que aprueba las Garantías Explícitas en Salud (GES) del Régimen General de Garantías en Salud, que añade nuevas patologías a las GES. En su artículo 3º, este decreto menciona a la DM tipo II y sus subcategorías, entre la que destaca la DGM. Igualmente, en su artículo 15 establece un 100% de cobertura para el examen de glicemia en ayunas en gestantes, así como la cobertura para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento (17).

En tanto el Decreto 6, que regulariza la incorporación de planes y programas que se indican al Sistema Elige Vivir Sano para el año 2020, presenta una directa relación con la política pública SEVS, ya que según lo consignado en el artículo 7 de la Ley 20.670, que señala que el Presidente de la República anualmente presentará programas y decretos que posterior a ser aprobados por el MIDESO deberán formar parte del sistema (15,16,17).

Así, en 2020 se aprobaron e incorporaron 7 planes y 28 programas al SEVS, dentro de los que destaca el Programa Elige Vida Sana (PEVS) ya que su objetivo general es proveer orientaciones generales a los equipos de profesionales del nivel primario de atención, para disminuir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, mediante el fomento de hábitos de vida saludable en la población intervenida en el PEVS (p.4) (17).

A pesar de que las embarazadas se incluyen dentro de la población objetivo, el citado programa se dirige a “aquellas con resistencia a la insulina, pero no a usuarias con DM gestacional y/o HTA” (17, 18),

por lo que excluye directamente a embarazadas con DMG, generando una brecha en las políticas públicas de salud relacionadas con la población estudiada.

También en el año 2020 se implementa la Estrategia Nacional Cero Obesidad, con el objetivo de detener el aumento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes en Chile, promoviendo un cambio conductual a través del desarrollo y cumplimiento de acciones específicas que se realizarán a nivel sectorial e intersectorial con la intervención de los ministerios, para acciones tales como aumentar el consumo de alimentos saludables y agua e incrementar la actividad física (18).

Esta estrategia aborda un ítem llamado Radiografía de la Obesidad en Chile del Observatorio Elige Vivir Sano que plantea que la obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal. Por esta razón se relaciona la obesidad con los condicionantes particulares de cada región de Chile y los DSS que aumentan el riesgo de padecer DMG, como lo son el sexo, la zona de residencia, el nivel socioeconómico, los años de estudio y la edad. Todos estos factores “sin duda influyen en los comportamientos alimentarios, los hábitos de actividad física y/o finalmente, en los estados nutricionales de sus habitantes” (18,19). Además, en ésta se reconoce que los estilos de vida no sólo resultan de las exposiciones ambientales, sino que también se determinan por las políticas económicas y de desarrollo, por las políticas sociales y los sistemas políticos que podrían constituir factores protectores o de riesgo para las ENT (18,19).

Por último, en el año 2021 se publica la Resolución 700 Exenta, que fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2022, en la que se encuentran dos objetivos de relevancia. El primero se relaciona con la DM tipo II, al establecer un porcentaje de cumplimiento para la cobertura de tratamiento y evaluación en personas de 15 años o más. Esta meta se subdivide a su vez en dos aspectos: el más relevante para esta investigación es el que fija una cobertura efectiva del tratamiento de al menos 28% de la población diagnosticada. Si bien el público objetivo no menciona a las embarazadas con DMG directamente, al incluir personas de 15 años o más, de forma indirecta pudiesen existir mujeres en edad reproductiva (19,20).

CONCLUSIÓN

La Resolución Exenta 1236 y el Decreto 22 son las políticas públicas que han incorporado en su formulación directamente a personas con DMG durante los últimos 20 años en el país. En el resto de las legislaciones es posible identificar brechas entre la formulación de las políticas públicas y la incorporación de los determinantes en salud, junto con la población objetivo en cada una de ellas. Debido a que las políticas se orientan a un público en general y no a poblaciones específicas, se dificulta la posibilidad de evaluar el impacto que ha tenido una política en un grupo con similares características, por ejemplo, el impacto que tiene para las gestantes las políticas elaboradas desde 2013 en adelante.

Es relevante señalar que las falencias que presentan las políticas públicas se originan en la formulación de éstas, puesto que prima una visión gubernamental de la salud como un proceso de responsabilidad individual y no colectivo.

Si bien se han incorporado nuevos modelos para la formulación de las políticas públicas de salud, estos no han reflejado modificaciones transversales e intersectoriales que promuevan cambios de estilos de vida saludable. Por el contrario, han terminado fijando metas poco realistas e inadecuadas al contexto de la mayor parte de la población chilena. Esto se exemplifica a través de programas que promueven cambios en la conducta alimentaria e incentivan el consumo de alimentos a los que no todas las personas tienen acceso. Se ha documentado que quienes tienen los ingresos económicos más bajos y viven en zonas rurales presentan un mayor consumo de alimentos ultra procesados, en comparación con quienes pertenecen a los niveles de ingresos medios y altos.

Por otro lado, es fundamental que la intervención de las políticas públicas se haga prioritariamente en la etapa de prevención en salud, cuando la persona aún no ha desarrollado la patología y todavía está a tiempo de revertir o disminuir los factores de riesgos asociados a ellas.

De esta manera, educar a las personas desde un enfoque de los DSS en conjunto con la promoción de la adherencia al control preconcepcional y prenatal son acciones fundamentales para disminuir la inci-

dencia de la DMG. Esto conlleva un doble beneficio, ya que esta estrategia además contribuiría a disminuir el gasto público utilizado en tratar la patología.

Además, dado el bajo porcentaje de adherencia a control preconcepcional en el país, es de suma relevancia promoverlo mediante la creación de políticas públicas que tengan como población objetivo personas en edad fértil, con énfasis en aquellas que presenten factores predisponentes que conlleven a patologías tales como diabetes.

Finalmente, es esencial establecer que los esfuerzos para reducir la prevalencia de la DMG se verán limitados, a menos que se desarrolle e implementen políticas públicas efectivas para prevenir o reducir sus principales factores de riesgo. Así, lograr políticas eficaces es una deuda existente con las embarazadas del país, que deberían tener la garantía de que el Estado las va a proteger y les asegurará las condiciones óptimas para afianzar su bienestar en salud.

REFERENCIAS

1. **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura** (2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. <https://www.fao.org/3/as603s/as603s.pdf>
2. **Carvajal, J. & Barriga, M.** (2022). Manual de Obstetricia y Ginecología 2022 (XIII). https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
3. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** (2018). Población en control por patologías de Alto Riesgo Obstétrico en el nivel secundario, por región y servicios de salud, SNSS 2018. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2018/REMPISECCIONI_2/REMPISECCIONI_2.aspx
4. **Organización Mundial de la Salud.** (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. **Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile.** (2020). Estrategia Nacional Cero obesidad, para detener el aumento de la obesidad en Chile al año 2030. <http://eliguevivirsano.gob.cl/wp-content/uploads/2019/09/EstrategiaCeroObesidadSEVSEFinal-1.pdf>
6. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** (2022). Enfermedades No Transmisibles. <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/enfermedades-no-transmisibles/>
7. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** (2022). Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. (p.120). <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
8. **Olavarriá Gambi, Mauricio, Navarrete Yáñez, Bernardo, & Figueroa Huencho, Verónica.** (2011). ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?: Evidencia desde un estudio de caso. *Política y gobierno*, 18(1), 109-154. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372011000100004&lng=es&tlang=es
9. **Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud** (2015). Hiperglucemia y embarazo en las Américas. 9789275318836_spai.pdf (paho.org)
10. **Estévez, Alejandro** (2015). Editorial. Políticas públicas como dominio de estudios. *Revista Venezolana de Gerencia*, 20(72),583-585. [fecha de Consulta 28 de Agosto de 2022]. ISSN: 1315-9984. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29044047001>
11. **Fontaine, G.** (2015). El análisis de Políticas Públicas: Conceptos, Teorías y Métodos. Barcelona: Anthropos Editorial
12. **Dye, T.** (2008). Understanding Public Policy, 12th. Edition. New York, USA: John Wiley
13. **JBI.** JBI's Tools Assess Trust, Relevance & Results of Published Papers: Enhancing Evidence Synthesis | JBI [Internet]. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
14. **Santamaría Olmo, Rafael.** "Programa de habilidades en lectura crítica español (CASPe)." *Nefrología* 9.1 (2017): 100-101.
15. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** Resolución 1236 Exenta Regula Examen de Medicina Preventiva (27 de Febrero 2010). Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011662>
16. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** Ley 20.606 Sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad (06 de julio 2012). Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1041570>
17. **Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.** Ley 20.670 Crea el Sistema Elige Vivir Sano (31 de Mayo 2013). Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1051410>
18. **Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile.** Decreto 6 Regulariza la Incorporación de Planes y Programas que se indican al Sistema Elige Vivir Sano para el año 2020 (18 de octubre de 2021). Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166707>
19. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** Decreto 22 Aprueba Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. (07 de septiembre de 2019). Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1135882>
20. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** (2020) Orientación Técnica Programa Elige Vida Sana ORIENTACION_TECNICA_PROGRAMA_ELIGE_VIDA_SANA_2020.pdf
21. **Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile.** (2020). Estrategia Nacional Cero obesidad, para detener el aumento de la obesidad en Chile al año 2030. <http://eliguevivirsano.gob.cl/wp-content/uploads/2019/09/EstrategiaCeroObesidadSEVSEFinal-1.pdf>
22. **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** Resolución 700 Exenta Fija Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención para las Entidades Administradoras de Salud Municipal para el año 2022 (21 de Septiembre 2021). Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1165435>

Tabla nº1: Legislaciones y documentos ministeriales sobre DMG y malnutrición por exceso en Chile entre año 2002-primer trimestre 2022

Autor	Título	Año	Resumen
Ministerio de Salud (MINSAL); Subsecretaría de la Salud Pública	Resolución exenta 1236: Regula examen de medicina preventiva	2010	Establece los exámenes de medicina preventiva a los que tienen acceso las embarazadas para la pesquisa de patologías como diabetes en el embarazo a través de glicemia en ayunas y Sobrepeso y obesidad a través de medición de peso y talla.
Ministerio de Salud; (MINSAL) Subsecretaría de la Salud Pública	Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad	2012	La “Ley del etiquetado” establece lineamientos tales como: los fabricantes están obligados a etiquetar los alimentos envasados con la información nutricional y contenidos, los colegios deberán incluir actividades didácticas y físicas que contribuyan a desarrollar hábitos de una alimentación saludable, y se prohíbe la publicidad dirigida a menores de 14 años de los alimentos con altos índices en ingredientes nocivos.
Ministerio de desarrollo social (MINSAL); Subsecretaría de Servicios Sociales	Ley 20.670: Crea el Sistema Elige Vivir Sano	2013	Esta ley crea el Sistema Elige Vivir Sano (SEVS), un sistema cuya finalidad es promover la alimentación saludable, aumentar la actividad física, la vida familiar y aprovechar las actividades que se pueden realizar al aire libre.
Ministerio de Salud (MINSAL); Subsecretaría de la Salud Pública	Decreto 22: Aprueba garantías explícitas en salud del Régimen General de Garantías en Salud	2019	Incorpora a la DMG como una subdivisión dentro de la Diabetes Mellitus tipo 2 en las Garantías Explicitas en Salud (AUGE, ahora GES).
Ministerio de Salud (MINSAL) Subsecretaría de Redes Asistenciales	Resolución 700 exenta: fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2022.	2021	Esta resolución se elabora con el fin de fijar el aumento de la cobertura de evaluación para personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo II) en un 30%.
Ministerio de Desarrollo social y familia: Subsecretaría de Servicios sociales.	Decreto 6: Regulariza la incorporación de planes y programas que se indican al sistema Elige Vivir Sano para el año 2020.	2021	Regulariza la incorporación de planes y programas que se indican al sistema Elige Vivir Sano. Regulariza Políticas, Planes y Programas Oferta Pública de Continuidad 2020 y Políticas, Planes y Programas de la Estrategia Cero Obesidad.
Ministerio de Salud (MINSAL)	Estrategia Nacional Cero obesidad, para detener el aumento de la obesidad en Chile al año 2030	2022	Dicha estrategia tiene por objetivo disminuir la obesidad y el sobrepeso en Chile ya que es uno de los países con las tasas más altas, y con los años ha ido en aumento.
Ministerio de Salud (MINSAL), Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria y Departamento Estrategia Nacional de Salud.	Orientación Técnica Programa Elige Vida Sana 2020.	2020	Orientación técnica con el objetivo de proveer orientaciones a los profesionales de salud (atención primaria) para disminuir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar ENT, mediante el fomento de hábitos de vida saludable en la población.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Tratamientos en humanos para la disfunción eréctil por patología de los vasos sanguíneos.

Treatments in humans for erectile dysfunction due to pathology of the blood vessels.

Soledad Catalán Matus¹, Jusselit Estrada Galdames², Rafael Marcucci Jiménez³

¹Matrona-Magister en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud. Académica de la Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

²Matrona-Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Académica de la Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

³Médico gineco-obstetra-Doctor en Ciencias Médicas. Académico de la Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

*Autor para correspondencia: jusselit.estrada@uss.cl

RECIBIDO: 12 de Abril de 2023



APROBADO: 13 de Septiembre de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3685

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES..

Palabras claves: Disfunción eréctil, Fármacos, Inhibidores fosfodiesterasa 5, Vaso sanguíneo.

Key words: Erectile dysfunction, Drugs, Phosphodiesterase 5 inhibitors, Blood vessels.

RESUMEN

Introducción: a nivel mundial al menos 150 millones de hombres padecen disfunción eréctil, lo que afecta su calidad de vida. El objetivo de esta investigación fue conocer la efectividad y los efectos adversos de los tratamientos para la disfunción eréctil por daño vascular.

Metodología: revisión bibliográfica sistemática. Se buscó en WOS, Scopus, SciELO, PubMed, y LILACS, desde 2012 hasta junio de 2023. Las variables fueron los tratamientos en humanos, disfunción eréctil y los vasos sanguíneos y los términos claves MeSH, DeCS y libres, erectile dysfunction, pharmaceutical preparations, phosphodiesterase 5 inhibitors, blood vessels, arteries, treatment outcome, humans, los cuales fueron combinados con operadores booleanos.

Resultados: el tadalafilo, sindenafil y verdanafil, el uso de alprostadil, los preparados de hierbas en presentación oral, la colocación de stents con zotarolimus/sirolimus demostraron mejoría estadísticamente significativa de la disfunción eréctil por daño vascular en tejido de los cuerpos cavernosos. Asimismo, la utilización de nebivolol, en combinación con inhibidores de la fosfodiesterasa

5, demostró mejoría en el mecanismo de relajación para la erección peneana. La angioplastia en arteria pudenda interna no demostró diferencias significativas en mejorar la disfunción eréctil.

Conclusión: los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, alprostadil, nebivolol, preparados de hierbas y colocación de stents demostraron ser tratamientos seguros y eficaces en pacientes con disfunción eréctil con patología vascular. Las altas tasas de enfermedades cardiovasculares hacen necesario que la matrona o el matrón se replantee el desafío de llevar la atención sexual más allá del género.

ABSTRACT

Introduction: it's estimated that at least 150 million men worldwide suffer from erectile dysfunction that affects their quality of life. The objective of this research was to know the effectiveness and adverse effects of treatments for erectile dysfunction due to vascular damage.

Methodology: systematic bibliographic review. WOS, Scopus, SciELO, PubMed, and LILACS were searched from 2012 to June 2023. The variables were human treatments, erectile dysfunction and blood

vessels, MeSH, DeCS, and free key terms; Erectile dysfunction, pharmaceutical preparations, phosphodiesterase 5 inhibitors, blood vessels, arteries, treatment outcome, humans, combining with Boolean operators.

Results: tadalafil, sindenafil and verdanafil, the use of alprostadil, herbal preparations in oral presentation, the placement of stents with zotarolimus/sirolimus showed statistically significant improvement in erectile dysfunction due to vascular damage in the corpora cavernosa tissue. The use of nebivolol in combination with phosphodiesterase 5 inhibitors demonstrated improvement in the relaxation mechanism for penile erection. Internal pudendal artery angioplasty did not show significant differences in the improvement of erectile dysfunction.

Conclusion: phosphodiesterase 5 inhibitors, alprostadil, nebivolol, herbal preparations, and stenting proved to be safe and effective treatments in patients with erectile dysfunction with vascular pathology. The high rates of cardiovascular diseases make it necessary for the midwife to reconsider the challenge of taking sexual care beyond gender.

INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil (DE) afecta notablemente la calidad de vida del individuo que la padece, como también la relación de pareja (Ezemenah et al., 2023). Se estima una prevalencia no homogénea en la literatura ya que desafortunadamente no es reportada en las atenciones de rutina porque el personal de salud no suele preguntar por esta condición en la anamnesis, como a su vez el sujeto no lo menciona por vergüenza (Sooriyamoorthy et al., 2023).

La estadística a nivel mundial permite afirmar que al menos 150 millones de hombres tiene disfunción eréctil (McKinlay et al., 2000), condición que se ve aumentada a partir de los 40 años, cuando se observa una prevalencia del 10%. A partir de los 50 años ésta se duplica y ya a los 78 es del 68%, para llegar al 79% -en promedio- a los 80 años. Sin embargo, estas estimaciones se elevan cuando hay comorbilidad, siendo de entre 41% y el 85% para quienes sufren de hipertensión, obesidad y diabetes (Irfan et al., 2020; Pellegrino et al., 2022).

La disfunción eréctil o trastorno de erección se define como la incapacidad persistente para lograr y/o mantener una erección suficiente para el desarrollo de una relación sexual satisfactoria, considerándose por algunos autores un periodo de seis

meses (American Psychiatric Association, 2014; Muñoz et al., 2014), diagnosticándose a través de la anamnesis con el paciente, aplicación de cuestionarios o evaluación ecográfica de la indemnidad de los vasos sanguíneos a través de una caversonometría o caversonografía. (Gao et al., 2017) Estos exámenes permiten determinar su causa, que puede ser psicológica, mayoritariamente por depresión y ansiedad, u orgánica, la que está determinada por alteración en el endotelio del individuo y malformaciones. Por último, se puede presentar ambas condiciones denominado mixta. El factor que prevalece significativamente es el que tiene origen orgánico por las enfermedades con daño vascular (Diaconu et al., 2020).

Cabe destacar que el origen multifactorial hace que la etiología del trastorno de erección sea compleja, lo que repercute en la efectividad. Ésta, a su vez, será dependiente tanto de los diversos tratamientos como de los cambios de estilo de vida, que pueden ser favorables para disminuir la condición de base que desencadena la disfunción eréctil (Ostfeld et al., 2021; Bauer et al., 2020). Incluso en personas con patologías cardiovasculares, el uso responsable de medicamentos puede mejorar los trastornos de erección, como también el medicamento puede ser el factor causal (Terentes-Printzios et al., 2022).

Dentro de los fármacos, los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5) son el tratamiento de primera línea por vía oral. La inyección intracavernosa, la terapia de reemplazo hormonal, el dispositivo de erección al vacío o la implantación de prótesis de pene también pueden ser tratamientos alternativos para los pacientes que tienen disfunción eréctil orgánica o intolerancia a los IPDE5. Asimismo, el desarrollo de las tecnologías ha incorporado métodos nuevos, como la onda de choque extracorpórea de baja intensidad y la terapia de inyección de células madre, que pueden incluso reparar el daño orgánico de los cuerpos cavernosos (Wang et al., 2023). Sin embargo, en varones que tienen problemas cardiovasculares con daño del endotelio, muy a menudo el profesional de salud teme el otorgar un tratamiento por los efectos colaterales que se cree que pudiera presentar, como a su vez el determinar el tratamiento con mejor efectividad y tolerancia (Terentes-Printzios et al., 2022).

Los determinantes descritos anteriormente motivaron el realizar una revisión de la literatura para conocer los tratamientos que presentan efectividad y menos efectos adversos para el trastorno de la

erección con daño vascular. Actualmente los pacientes con este diagnóstico no suelen consultar directamente a un profesional de la salud, no obstante, son las parejas quienes lo expresan en la consulta de matronería, motivo por el cual es necesario ampliar el conocimiento en este ámbito de la sexualidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática, con enfoque cualitativo de orden descriptivo. Para ello se consideraron las bases de datos WOS, Scopus, SciELO, PubMed, y LILACS, desde el año 2012 hasta junio del 2023. En la búsqueda se obtuvo un total de 38 artículos que utilizan los términos claves MeSH, DeCS y términos libres, los que respondían a la pregunta de investigación ¿cuál es la efectividad y los efectos adversos de los tratamientos para la disfunción eréctil por causa vascular? A su vez, se limitó la exploración en humanos, ya sea directamente en individuos o tejido.

La búsqueda de los términos clave y libres en las bases de datos fue en inglés, pesquisando además en título y resumen. Se determinaron las siguientes variables (utilizando nemotecnia PIO: población de estudio, intervención y desenlace): erectile dysfunction y sus sinónimos en la intervención el uso de fármacos, preparados y tratamientos, determinando la palabra clave pharmaceutical preparations y sus sinónimos. Por último, se limitó la búsqueda incluyendo blood vessels. Al finalizar la estrategia de búsqueda se aplicaron en filtros los años definidos como criterio de inclusión. Los términos clave fueron: erectile dysfunction, pharmaceutical preparations, phosphodiesterase 5 inhibitors, blood vessels, arteries, treatment outcome y humans.

Cada conjunto se unió con el operador booleano OR, para limitar la búsqueda con el operador booleano AND. La estrategia de búsqueda final fue ("erectile dysfunction"[MeSH Terms] OR "erectile disorder"[Title/Abstract] OR "male impotence"[Title/Abstract] OR "male sexual impotence"[Title/Abstract] OR "impotence"[Title/Abstract] OR "erectile dysfunction"[Title/Abstract] AND ("pharmaceutical preparations"[MeSH Terms] OR "pharmaceutical preparations"[Title/Abstract] OR "pharmaceutical product"[Title/Abstract] OR "drug"[Title/Abstract] OR "phosphodiesterase 5 inhibitors"[MeSH Terms] OR "phosphodiesterase 5 inhibitors"[Title/Abstract] OR "pde5 inhibitor"[Title/Abstract] OR "phosphodiesterase type 5 inhibitors"[Title/Abstract] AND ("blood vessels"[MeSH Terms] OR "blood

vessels"[Title/Abstract] OR "arteries"[MeSH Terms] OR "arteries"[Title/Abstract] OR "artery"[Title/Abstract] AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "treatment outcome"[Title/Abstract] OR "patient relevant outcome"[Title/Abstract] OR "clinical effectiveness"[Title/Abstract] OR "treatment effectiveness"[Title/Abstract] OR "rehabilitation outcome"[Title/Abstract] OR "treatment efficacy"[Title/Abstract] OR "clinical efficacy"[Title/Abstract] AND ("humans"[MeSH Terms] OR "humans"[Title/Abstract])) AND (2012:2023[pdat])

No se determinó duplicados, por lo que se procedió a la lectura de título y resumen de los 38 artículos para establecer los que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

- Investigaciones primarias en humanos con patología que implicara alteración vascular y presentaran disfunción eréctil.
- Individuos con trastorno eréctil validado por la aplicación de un instrumento que determine la disfunción eréctil.
- Individuos o tejido humano en donde se determinó el trastorno de erección con pruebas de imagen, evaluación de flujo sanguíneo vascular u otra técnica que valide la contracción de los cuerpos cavernosos.
- Artículos de idioma inglés, español y portugués.

Criterios de exclusión

- Revisiones de la literatura.
- Investigaciones en animales.
- Material y método incompleto.

Se seleccionaron 17 estudios, pero dos de ellos se excluyeron ya que no se encontró el artículo en la revista y si bien se solicitó éste a los autores, no hubo respuesta, por lo que finalmente se escogieron 15 artículos. A los artículos seleccionados se les valoró el diseño del estudio, la calidad metodológica y la interpretación de los resultados, de acuerdo con la lista de verificación prisma 2015. Después se trasladaron las variables de análisis a una planilla Excel de extracción de datos.

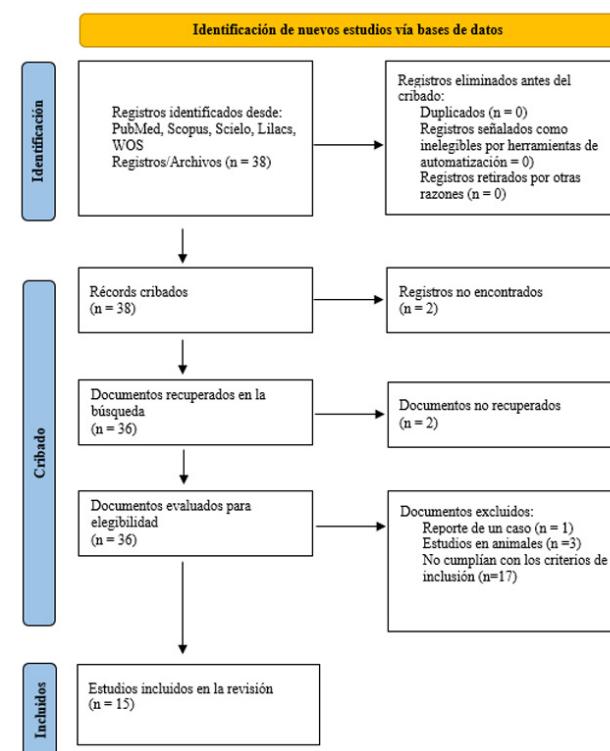
La etapa de identificación de los artículos fue realizada en conjunto por los autores y el cribado estuvo a cargo de dos revisores. Finalmente, en la inclusión de los artículos se trabajó en conjunto los

puntos de encuentro y desencuentros, según los objetivos previamente acordados y determinar los seleccionados para la revisión.

A continuación, se detalla la búsqueda en flujo-gramma PRISMA (Page et al., 2021).

Figura n°1: Diagrama de flujo PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas.

DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA 2020 PARA REVISIONES SISTEMÁTICAS



RESULTADOS

Se analizó un total de 36 investigaciones, 34 realizadas en humanos varones con una edad promedio de 45 años, y dos artículos en tejido humano.

De los sujetos considerados, la mayoría tenía una alteración endotelial a causa de una patología cardiovascular, como diabetes mellitus II (Salem y Mostafa, 2012; Deyoung et al., 2012; Condorelli et al., 2013; Martinez et al., 2014; von Allmen et al., 2016), hipertensión arterial (von Allmen et al., 2016; Javaroni et al., 2012), síndrome metabólico, dislipidemia u obesidad (La vignera et al., 2012; von Allmen et al., 2016; Aversa et al., 2017).

Además, se incluyeron sujetos que presentaban alteraciones en el flujo de sus vasos sanguíneos o lesiones ateroscleróticas, desencadenado por algu-

nas de las patologías anteriormente mencionadas (Rogers et al., 2012; Diehm et al. 2018; Diehm et al., 2019; Schönhofen et al., 2021). Conjuntamente se encontraron patologías como la arteriopatía coronaria (von Allmen et al., 2016), obstrucción venosa (Hsieh et al., 2016), hiperplasia prostática benigna y prostatectomía radical (Martinez et al., 2015; Marzano et al., 2020), que desencadenaron una alteración en la erección.

En las investigaciones con personas se determinó el nivel de disfunción eréctil con el índice internacional de función eréctil, IIEF (Salem y Mostafa, 2012; Deyoung et al., 2012; Javaroni et al., 2012; La vignera et al., 2012; Condorelli et al., 2013; von Allmen et al., 2016; Hsieh et al., 2016; Aversa et al., 2017; Diehm et al., 2018; Diehm et al., 2019; Marzano et al., 2020; Schönhofen et al., 2021). Asimismo, se utilizó la ultrasonografía dúplex o Doppler color (Deyoung et al., 2012; Javaroni et al., 2012; La vignera et al., 2012; Condorelli et al., 2013; von Allmen et al., 2016; Aversa et al., 2017; Diehm et al., 2018; Diehm et al., 2019; Marzano et al., 2020; Schönhofen et al., 2021), angiografía, cavernosonografía (von Allmen et al., 2016; Hsieh et al., 2016; Diehm et al., 2018; Diehm et al., 2019; Schönhofen et al., 2021) con la finalidad de pesquisar las variaciones del flujo sanguíneo inicial y el impacto del tratamiento en la función vascular de los participantes.

Con respecto al tratamiento utilizado para mejorar la función vascular, se determinó que los más habituales son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, de administración oral, encontrándose de primera línea el tadalafilo en dosis de 5 mg durante tres semanas (Aversa et al., 2017; Diehm et al., 2019; Schönhofen et al., 2021) y de 20 mg por tres meses (La vignera et al., 2012).

En uno de los estudios citados el tadalafilo se administró en dosis de 5 mg/día posterior al tratamiento de revascularización con stent recubierto con sirolimus, alcanzando éxito al cabo de un año en un 56% de los pacientes los que aumentaron en cuatro puntos el IIEF- 6, lo que representa una mejora clínica relevante de la función eréctil (Schönhofen et al., 2021). Estos resultados son similares a lo reportado por Diehm et al. (2019), ya que al año el 65% de los sujetos logró una mejoría clínica relevante en la puntuación IIEF -6.

De igual modo, esta investigación se realizó en subgrupos diferenciados por edad y patología mejorando la puntuación en ambos del IIEF- 15, no ob-

tante, se presentó menor nivel de mejoría en los de edad avanzada con hipertensión (Diehm et al., 2019). En los sujetos que se incorporó tadalafilo al stent, se presentó una respuesta de reparación endotelial compensatorio, lo que lleva a la reconstrucción de la monocapa endotelial del cuerpo cavernoso lo que repercutió en la recuperación de la función eréctil y protección contra la progresión de la enfermedad (Diehm et al., 2019).

En la investigación de Aversa et al. (2017) se utilizó en un grupo 5 mg al día de tadalafilo y en otro 20 mg a libre demanda, ambos en un periodo de dos meses, resultando en que el IIEF - 5 aumentó significativamente para ambos grupos de tratamiento, mejorando la función endotelial y eréctil. Si el tratamiento se suspendía, la condición empeoraba nuevamente.

El otro IPDE5 utilizado fue el sildenafilo dos veces por semana aplicado en dosis de 100 mg, se determinó que el uso regular en pacientes con disfunción eréctil orgánica presentaba un impacto positivo en el flujo sanguíneo cavernoso y la actividad eréctil al mantener el uso, ya que si se suspendía sólo presentaba erección espontánea el 9,1% los varones jóvenes, en donde la etiología de la patología es de origen psicológico (Salem y Mostafa, 2012).

En el estudio de Condorelli et al. (2013) quién utilizó también sildenafilo, se determinó que en usuarios que presentaban diabetes con mayor gravedad en la insuficiencia arterial del pene no tuvieron respuesta. Sin embargo, no es posible extrapolar este estudio por su escasa muestra, siendo de 30 sujetos en total y de ellos 12 no respondieron satisfactoriamente, asimismo cabe destacar que es fundamental determinar el nivel de gravedad endotelial en estudios posteriores.

Deyoung et al. (2012) utilizó en su estudio sildenafilo en dosis de 50 mg diariamente por 10 semanas mejorando la rigidez del pene, lo anterior se determinó aplicando IIEF-5 como a su vez se evaluó el flujo sanguíneo demostrando mejor circulación vascular, dilatación endotelial y circulación arterial, incluso en los consumidores de tabaco y alcohol que no fueron excluidos del estudio.

Se rescató solo una investigación con verdanafil (IPDE5) y alprostadil (prostaglandinas E1). Con verdanafil en dosis de 10 mg a libre demanda antes de la actividad sexual, con un máximo de uso de 20 mg al día, por un máximo de 5 semanas, y a otro grupo

se les administró placebo encontrándose una correlación positiva entre la función sexual y el uso del medicamento en un 38% de los pacientes al medir la DE con la escala internacional de la función sexual (Javaroni et al., 2012). El alprostadil, tratamiento inyectable utilizando prostaglandinas E1 de 10 mg en usuarios que no responden a los IPDE5, Diehm et al. (2018) encontró que después de una revascularización, el utilizar este fármaco mejoraba significativamente la puntuación de IEF-15 de un $31,3 \pm 11,2$ a $49,8 \pm 16,8$ a los 3 meses ($p < 0,001$).

En la literatura también se encontraron intervenciones quirúrgicas con la finalidad de mejorar el funcionamiento sexual en usuarios con patologías que provocaban alteración del flujo sanguíneo sin respuesta a los IPDE5 o efectos adversos a los fármacos.

Una de las cirugías fue la embolización de la arteria prostática en usuarios que tenían hiperplasia prostática benigna resultando en que no existe diferencias significativas entre IIEF-15 antes [$56,1 \pm 13,5$ DE (25-74)] y después del tratamiento y seguimiento [$58,0 \pm 13,8$ DE (24-74)] ($p = 0,71$), en ninguno de sus dominios (Marzano et al., 2020). Asimismo, von Allmen et al., 2016, realizó en 11 pacientes angioplastía, después de seis meses posterior a la cirugía se evaluó la función sexual a 9 pacientes, ya que 2 rechazaron seguimiento, estableciendo que la puntuación del IIEF no presentaba una mejoría significativa, lo que resultó en una mediana de la puntuación de 11 (IQR 5,5; 19) frente a la mediana de la puntuación inicial de 10,5 (IQR 5,75; 17,25; $p = 0,6$).

Conjuntamente en otro estudio se encontró que en pacientes con obstrucción venosa y trastorno de la erección se realizó una flebotomía de las venas del pene y además posterior a eso la administración de 1 cápsula de hierbas 1 vez al día por un mes (Astragalus membranaceus 100 mg, Lepidium meyenii Walp 18 mg, Ophiocordyceps sinensis 5 mg, Panax quinquefolium 100 mg, Piper nigrum 100 mg, Rhodiola rosea 100 mg y Serpentes cnidium monnier 100 mg) versus a placebo, resultando en que el índice de función sexual mejoró significativamente detallándose que en el grupo de hierbas las puntuaciones del IIEF-5 fueron las siguientes: preoperatoria $9,7 \pm 3,7$; postoperatorio $13,9 \pm 3,3$; y post-hierba $19,6 \pm 3,4$. Por el contrario, en el grupo de placebo, los resultados mostraron puntuaciones preoperatorias de IIEF-5 de $9,3 \pm 4,1$, posoperatorias de $14,5 \pm 3,6$, posplacebo de $15,1 \pm 3,6$ y posterior a las hierbas de $19,9 \pm 3,2$ (Hsieh et al., 2016).

Por último, en el estudio de Rogers et al. (2012) el colocar stent con zotarolimus en la arteria pudenda interna en pacientes con aterosclerosis que presentaban disfunción eréctil y no habían respondido a los fármacos IPDE5 fue significativamente satisfactorio, ya que a los 6 meses el 69,6% de los pacientes presentó una mejora del IIEF de 4 puntos.

En la búsqueda igualmente se incluyeron estudios realizados en tejido del cuerpo cavernoso humano donados por pacientes con y sin disfunción eréctil y se diseñó un modelo de experimentación para determinar la factibilidad del tratamiento.

Cabe destacar que los pacientes tenían diabetes y a otros se le había realizado una prostatectomía radical.

En línea con lo anterior, se obtuvo que al activar la vía del óxido nítrico y nebivolol se mejora la capacidad de relajación de los IPDE5 aún en los usuarios con diabetes en donde la vía del óxido nítrico y GMPc cíclico estaba alterada, por lo tanto, mejoraba la erección del tejido de los cuerpos cavernosos.

También se hizo la comparación con el tejido de los pacientes sin disfunción eréctil, y los que tenían por causa vascular, resultando por primera vez la diferencia para determinar la etiología de causa nerviosa o vascular, ya que las estrategias dirigidas son directas al endotelio, mejorando la función endotelial y por ende la relajación del músculo liso, en contraposición a un desbalance neurogénico causado por un daño de nervios a causa de la prostatectomía radical. Esto último dio como resultado una respuesta alterada adrenérgica, que, aunque se optimice la función endotelial no se recibirá el impulso nervioso para desencadenar la respuesta eréctil (Martinez et al., 2014; 2015).

Vale mencionar que en pacientes diabéticos la causa de DE puede tener ambos orígenes, siendo de relevancia esta investigación para explicar las diferencias en respuesta a los tratamientos a usuarios con una misma condición como lo es este caso.

En la totalidad de los estudios no existen efectos adversos graves, solo se presentaron leves como la cefalea y mialgia (Javaroni et al., 2012; Aversa et al., 2017). Otros menores observados son dispepsia y rinitis que llevó al abandono del tratamiento (Javaroni et al., 2012). Conjuntamente en el estudio de Martinez et al., (2014) la combinación de la beta blo-

queadores e IPDE5 provocaron hipotensión, sin consecuencias mayores. Ver detalle de los artículos en la Tabla I (Anexo 1).

CONCLUSIÓN

Los IPDE5 y prostaglandinas E1 son efectivos y seguros en usuarios con compromiso vascular. A su vez, presentan óptima respuesta en la erección peniana después de la intervención quirúrgica, exceptuando la angioplastia o embolización.

La inserción de stent medicado solo o junto con IPDE5 mejora la disfunción eréctil significativamente y puede ser una buena opción en sujetos que no responden adecuadamente a los IPDE5 o con mala tolerancia.

Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva antes de proporcionar cualquier tratamiento y solicitar exámenes complementarios de la función vascular.

El profesional matrona o matrón debe estar capacitado y a la vanguardia ante las necesidades actuales debido a las altas tasas de patologías cardiovasculares que presenta la población y su alta relación con la disfunción eréctil. Una buena anamnesis y educación en salud sexual, eliminando los mitos preexistentes, harán posible la orientación en la derivación y una eventual terapia, optimizando los resultados.

Actualmente, no existe una política pública orientada a educar en esta área y, lamentablemente, no se dispone de programas que aborden la sexualidad de la persona o pareja, dejando un nicho en el actual programa de la mujer sin resolver ya que muchas veces son ellas quienes consultan con la matrona o matrón por los problemas sexuales que tienen con sus parejas por esta disfunción sexual.

Desde esta arista es necesario replantearse el desafío de llevar la atención sexual más allá del género, como también la invitación de seguir investigando en la salud sexual de las personas.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

De los artículos obtenidos después del cribado, dos de ellos no se pudieron obtener completos para el análisis de su metodología de estudio ya que no estaban disponibles en las revistas descritas. Se solicitó a los autores el envío, pero no se recibió respuesta.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-V. Statistical Manual of Mental Disorders.
- Aversa, A., Fittipaldi, S., Francomano, D., Bimonte, V., Greco, E., Crescioli, C., Di Luigi, L., Lenzi, A., Migliaccio, S. (2017). Tadalafil improves lean mass and endothelial function in nonobese men with mild ED/LUTS: in vivo and in vitro characterization. *Endocrine*. 56(3):639-648. <https://doi.org/10.1007/s12020-016-1208-y>.
- Bauer, S., Breyer, B., Stampfer, M., Rimm, E., Giovannucci, E., Kenfield, S. (2020). Association of Diet With Erectile Dysfunction Among Men in the Health Professionals Follow-up Study. *JAMA Netw Open*. Nov 2;3(11):e2021701. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.21701>.
- Condorelli, R., Calogero, A., Favilla, V., Morgia, G., Johnson, E., Castiglione, R., Salemi, M., Mongioi, L., Nicoletti, C., Duca, Y., Di Mauro, M., Vicari, E., La Vignera, S. (2013). Arterial erectile dysfunction: different severities of endothelial apoptosis between diabetic patients "responders" and "non responders" to sildenafil. *Eur J Intern Med*. 24(3):234-40. doi: 10.1016/j.ejim.2013.01.001.
- Deyoung, L., Chung, E., Kovac, J., Romano, W., Brock, G. (2012). Daily use of sildenafil improves endothelial function in men with type 2 diabetes. *J Androl*. 33(2):176-80. <https://doi.org/10.2164/jandrol.111.013367>.
- Diaconu, C., Manea, M., Marcu, D., Socea, B., Spinu, A., Bratu, O. (2020). The erectile dysfunction as a marker of cardiovascular disease: a review. *Acta Cardiol*. 2020. 75(4):286-292. <https://doi.org/10.1080/00015385.1590498>.
- Diehm, N., Do, D., Keo, H., Boerlin, J., Regli, C., Schumacher, M., Jungmann, P., Raeber, L., Baumann, F. (2018). Early Recoil After Balloon Angioplasty of Erection-Related Arteries in Patients With Arteriogenic Erectile Dysfunction. *J Endovasc Ther*. 25(6):710-715. <https://doi.org/10.1177/1526602818807704>.
- Diehm, N., Marggi, S., Ueki, Y., Schumacher, D., Keo, H., Regli, C., Do, D., Moeltgen, T., Grimsehl, P., Wyler, S., Schoenhofen, H., Räber, L., Schumacher, M. (2019). Endovascular Therapy for Erectile Dysfunction-Who Benefits Most? Insights From a Single-Center Experience. *J Endovasc Ther*. 26(2):181-190. <https://doi.org/10.1177/1526602819829903>.
- Ezemenahi, S., Alabi, A., Ogunfowokan, O., Nwaneli, C., Aigbokhaode, A., Eseigbe, P. (2023). Quality of life of hypertensive men with erectile dysfunction in a tertiary health centre in southern Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 26;15(1): e1-e7. <https://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3875>.
- Gao, Q., Jin, Z., Shi, L., Chen, Y., Chen, H., Yu, W., Han, Y., Chen, J., Zhang, Z., Xu, Y., Dai, Y., Xu, Z. (2017). Contrast-enhanced ultrasonography in the diagnosis of venous erectile dysfunction. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 23(7):626-629. Chinese. PMID: 29723456.
- Hsieh, C., Tsai, H., Hsu, G., Chen, C., Hsu, C. (2016). Herb formula enhances treatment of impotent patients after penile venous stripping: a randomised clinical trial. *Andrologia*. 48(7):754-60. <https://doi.org/10.1111/and.12508>.
- Irfan, M., Hussain, N., Noor, N., Mohamed, M., Sidi, H., Ismail, S. (2020). Epidemiology of Male Sexual Dysfunction in Asian and European Regions: A Systematic Review. *Am J Mens Health*. 14(4):1557988320937200. <https://doi.org/10.1177/1557988320937200>.
- Javaroni, V., Queiroz, M., Burla, A., Oigman, W., Neves, M. (2012). Response to on-demand vardenafil was improved by its daily usage in hypertensive men. *Urology*. 80(4):858-64. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.06.042>.
- Kessler, A., Sollie, S., Challacombe, B., Briggs, K., Van Hemelrijck, M. (2019). The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU Int*. 124(4):587-599. <https://doi.org/10.1111/bju.14813>.
- La Vignera, S., Condorelli, R., Vicari, E., D'Agata, R., Calogero, A. (2012). Circulating endothelial progenitor cells and endothelial microparticles in patients with arterial erectile dysfunction and metabolic syndrome. *J Androl*. 33(2):202-9. <https://doi.org/10.2164/jandrol.111.013136>.
- Martínez-Salamanca, J., La Fuente, J., Cardoso, J., Fernández, A., Cuevas, P., Wright, H., Angulo, J. (2014). Nebivolol potentiates the efficacy of PDE5 inhibitors to relax corpus cavernosum and penile arteries from diabetic patients by enhancing the NO/cGMP pathway. *J Sex Med*. 11(5):1182-92. <https://doi.org/10.1111/jsm.12477>.
- Martínez-Salamanca, J., La Fuente, J., Fernández, A., Martínez-Salamanca, E., Pepe-Cardoso, A., Carbajal, J., Angulo, J. (2015). Nitrergic function is lost but endothelial function is preserved in the corpus cavernosum and penile resistance arteries of men after radical prostatectomy. *J Sex Med*. 12(3):590-9. <https://doi.org/10.1111/jsm.12801>.
- Marzano, L., Thioune, N., Pereira, H., Pellerin, O., Dariane, C., Del Giudice, C., Amouyal, G., Dean, C., Sapoval, M. (2020). Prostatic Artery Embolization Allows to Maintain Full Sexual Activity in Patients Suffering from Bothersome Lower Urinary Tracts Symptoms related to Benign Prostatic Hyperplasia. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 43(8):1202-1207. <https://doi.org/10.1007/s00270-020-02520-7>.
- Muneer, A., Kalsi, J., Nazareth, I., Arya, M. (2014). Erectile dysfunction. *BMJ*. 27;348: g129. <https://doi.org/10.1136/bmj.g129>.
- Ostfeld, R., Allen, K., Aspry, K., Brandt, E., Spitz, A., Liberman, J., Belardo, D., O'Keefe, J., Aggarwal, M., Miller, M., Batiste, C., Kopecky, S., White, B., Shah, N., Hawamdeh, H., Batts, T., Blankstein, R., Reddy, K., Ornish, D., Freeman, A. (2021). Vasculogenic Erectile Dysfunction: The Impact of Diet and Lifestyle. *Am J Med*. 134(3):310-316. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.09.033>.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Pellegrino, F., Sjoberg, D., Tin, A., Benfante, N., Briganti, A., Montorsi, F., Eastham, J., Mulhall, J., Vickers, A. (2023). Relationship Between Age, Comorbidity, and the Prevalence of Erectile Dysfunction. *Eur Urol Focus*. 9(1):162-167. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2022.08.006>.
- Rogers, J., Goldstein, I., Kandzari, D., Köhler, T., Stinis, C., Wagner, P., Popma, J., Jaff, M., Rocha-Singh, K. (2012). Zotarolimus-eluting peripheral stents for the treatment of erectile dysfunction in subjects with suboptimal response to phosphodiesterase-5 inhibitors. *J Am Coll Cardiol*. 55;60(25):2618-27. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.08.1016>.
- Salem, H., Mostafa, T. (2012). Rehabilitation of the cavernous smooth muscle in patients with organic erectile dysfunction. *Andrologia*. 44(2):125-9. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2010.01112.x>.
- Schönhofen, J., Räber, L., Knöchel, J., Keo, H., Regli, C., Kostal, F., Schumacher, M., Sammarchi, L., Bechir, M., Diehm, N. (2021). Endovascular Therapy for Arteriogenic Erectile Dysfunction With a Novel Sirolimus-Eluting Stent. *J Sex Med*. 18(2):315-326. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.021>.
- Sooriyamoorthy, T., Leslie, S. (Actualizado el 30 de mayo de 2023) Disfunción eréctil. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562253/>.
- Terentes-Printzios, D., Loakeimidis, N., Rokkas, K., Vlachopoulos, C. (2022). Interactions between erectile dysfunction, cardiovascular disease and cardiovascular drugs. *Nat Rev Cardiol*. 2022 Jan;19(1):59-74. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00593-6>.
- Wang, C., Wu, BR., Xiang, P., Xiao, J., Hu, X. (2023). Management of male erectile dysfunction: From the past to the future. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 27; 14:1148834. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1148834>.

Tabla n°1: Investigaciones incluidas en la revisión				
Título	Autor	Año	Medicamento utilizado	Nº Sujetos de estudio
Endovascular Therapy for Arteriogenic Erectile Dysfunction With a Novel Sirolimus-Eluting Stent	Schönhofen J, Räber L, Knöchel J, Keo HH, Regli C, Kostal F, Schumacher MC, Sammarchi L, Bechir M, Diehm N.	2021	Terapia endovascular con stents liberadores de fármacos de angiolita BTK + tadalafilo 5 mg/día durante 3 semanas.	100
Endovascular Therapy for Erectile Dysfunction—Who Benefits Most? Insights From a Single-Center Experience.	Diehm N, Marggi S, Ueki Y, Schumacher D, Keo HH, Regli C, Do DD, Moeltgen T, Grimsehl P, Wyler S, Schoenhofen H, Räber L, Schumacher M.	2019	Revascularización endovascular + tadalafilo 5 mg/día durante 3 semanas.	50
Rehabilitation of the cavernous smooth muscle in patients with organic erectile dysfunction	Salem H, Mostafa T.	2012	Inyección intracorpórea, citrato de sildenafilo 100 mg. Dos veces por semana por 3 meses.	165
Early Recoil After Balloon Angioplasty of Erection-Related Arteries in Patients With Arteriogenic Erectile Dysfunction	Diehm N, Do DD, Keo HH, Boerlin J, Regli C, Schumacher M, Jungmann PM, Raeber L, Baumann F.	2018	Revascularización endovascular + administración intracavernosa de 10 mg de prostaglandina E1 (alprostadil).	21
Arterial erectile dysfunction: Different severities of endothelial apoptosis between diabetic patients "responders" and "non responders" to sildenafil	Condorelli RA, Calogero AE, Favilla V, Morgia G, Johnson EO, Castiglione R, Salemi M, Mongioi L, Nicoletti C, Duca Y, Di Mauro M, Vicari E, La Vignera S.	2013	Citrato de sildenafilo 100 mg.	30
Prostatic Artery Embolization Allows to Maintain Full Sexual Activity in Patients Suffering from Bothersome Lower Urinary Tracts Symptoms related to Benign Prostatic Hyperplasia	Marzano L, Thiounn N, Pereira H, Pellerin O, Dariane C, Del Giudice C, Amouyal G, Dean C, Sapoval M.	2020	Embolización de la arteria prostática.	129
Response to on-demand vardenafil was improved by its daily usage in hypertensive men	Javaroni V, Queiroz Miguez M, Burla A, Oigman W, Neves MF.	2012	10 mg vardenafila demanda, 10 minutos antes de la relación sexual y máximo dos veces al día.	74
Circulating endothelial progenitor cells and endothelial micro-particles in patients with arterial erectile dysfunction and metabolic syndrome	La Vignera S, Condorelli R, Vicari E, D'Agata R, Calogero AE.	2012	Tadalafilo 20 mg a demanda durante 3 meses.	100
Lesion Pattern in Patients With Erectile Dysfunction of Suspected Arterial Origin: An Angiographic Study	von Allmen RS, Nguyen DP, Birkhäuser FD, Bednar R, Kammer R, Do DD, Diehm N.	2016	Angioplastia.	11
Herb formula enhances treatment of impotent patients after penile venous stripping: a randomised clinical trials	Hsieh CH, Tsai HC, Hsu GL, Chen CC, Hsu CY.	2016	Flebotomía y tratamiento sinérgico con hierbas orales.	67

Título	Autor	Año	Medicamento utilizado	Nº Sujetos de estudio
Daily use of sildenafil improves endothelial function in men with type 2 diabetes	Deyoung L, Chung E, Kovac JR, Romano W, Brock GB.	2012	Citrato de sildenafilo 50 mg/día durante 10 semanas.	24
Zotarolimus-eluting peripheral stents for the treatment of erectile dysfunction in subjects with suboptimal response to phosphodiesterase-5 inhibitors	Rogers JH, Goldstein I, Kandzari DE, Köhler TS, Stinis CT, Wagner PJ, Popma JJ, Jaff MR, Ro-cha-Singh KJ.	2012	Terapia con stent liberador de zotarolimus.	30
Tadalafil improves lean mass and endothelial function in nonobese men with mild ED/LUTS: in vivo and in vitro characterization	Aversa A, Fittipaldi S, Franco-mano D, Bimonte VM, Greco EA, Crescioli C, Di Luigi L, Lenzi A, Migliaccio S.	2017	Tadalafil 5 mg/día o 20 mg a demanda durante 2 meses.	43
Nebivolol potentiates the efficacy of PDE5 inhibitors to relax corpus cavernosum and penile arteries from diabetic patients by enhancing the NO/cGMP pathway	Martínez-Salamanca JI, La Fuente JM, Cardoso J, Fernández A, Cuevas P, Wright HM, Angulo J.	2014	Donación de tejido humano de los cuerpos caver-nosos + nebivolol.	-

Fuente: Elaboración propia.

Patrones de apego del adulto en embarazadas relacionados con factores protectores y de riesgo psicosocial.

Attachment patterns related to protective factors and psychosocial risk in pregnant women.

Jusselit Estrada-Galdames¹, Yolanda Contreras-García², Camilo Manríquez-Vidal³

¹Matrona- Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Docente de Obstetricia y Matronería. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Matrona. Especialista en Perinatología, Magister en Salud Familiar, Doctora en Salud Mental. Profesora Asociada. Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Chile.

³Ingeniero Estadístico. Instructor. Dpto. de Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Chile.

*Autor para correspondencia: jusselit.estrada@uss.cl

RECBIDO: 23 de Enero de 2023
APROBADO: 07 de Septiembre de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3571

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES..

Palabras claves: Apego, padres, factores protectores, factores de riesgo, embarazo.

Key words: Object attachment, parents, protective factors, risk factors, pregnancy.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar los patrones de apego materno y paterno del adulto, con los factores protectores y de riesgo psicosociales, presentes en embarazadas de tres centros de atención primaria de una provincia del sur de Chile, durante el año 2020.

Metodología: Estudio de corte transversal, correlacional. Con una muestra de 106 gestantes controladas, entre los meses de abril a octubre del año 2020. Las variables en estudio fueron: antecedentes bio-sociodemográficos, obstétricos, funcionamiento familiar, consumo de sustancias, violencia o abuso y riesgo de depresión, junto al patrón de apego parental materno y paterno. Se aplicó análisis univariante y bivariado, considerando una relación significativa un *p* valor < de 0,05, Test exacto de Fisher. La investigación fue aprobada por los comités de éticas de las instituciones involucradas.

Resultados: El vínculo óptimo fue un 0,9 % para apego materno y 6,6 % para apego paterno. Predomina el patrón control sin afecto en el apego materno y paterno, existiendo coincidencia entre ambos padres, mientras que el vínculo óptimo en el apego paterno está relacionado con la presencia de vínculo débil en el apego materno. Ambos

resultados fueron estadísticamente significativos. No se observó relación entre los patrones de apego y factores protectores o de riesgo psicosocial.

Conclusiones: Los patrones de apego en el adulto son independientes de los factores protectores y de riesgo. El tipo de patrón predominante es control sin afecto. Se sugiere ampliar las investigaciones en el futuro, especialmente en el vínculo paterno ya que es escasa la información disponible.

ABSTRACT

Objective: To relate adult patterns of maternal and parental bonding with protective factors and psychosocial risk present in pregnant women from three primary health care centers of a Chilean southern province during year 2020.

Methodology: Cross-sectional correlation study; sample composed of 106 controlled pregnant women from April to October 2020. The studied variables were as follows: bio-sociodemographic background, obstetric history, family functioning, substances consumption, violence or abuse and risk of depression along with parental and maternal adult bonding pattern. Univariate and bivariate analyses

were applied, considering a significant relationship *p* value < 0,05, Fisher exact tests. The research work was approved by the ethics committees of the institutions involved.

Results: The optimal link was 0,9 % for the maternal attachment and 6,6 % for the parental attachment. Control with no affection prevails in maternal and parental bonding with coincidences in both parents, whereas the optimal link in paternal attachment is related to the presence of a weak link in the maternal attachment. Both results were statistically significant. No relationship between attachment patterns and protective factors or psychosocial risk was observed.

Conclusions: Adult attachment patterns are independent from protective and risk factors. Prevailing pattern type is control with no affection, which should be examined in future research studies.

INTRODUCCIÓN

Las personas requerimos de otras para subsistir y desarrollarnos adecuadamente (1). Esto permite concebir diversos esquemas mentales de relación llamados patrones de apego, que se desarrollan principalmente en la primera infancia, moldeando la construcción de relaciones futuras y señalándose como mediador de la salud mental a largo plazo (2,3).

La dinámica de la relación cuidador-infante está dada por la proximidad, protección y seguridad, generando los tipos de apego (4). Existe una asociación entre el apego de los adultos y los estilos de crianza de su infancia que ha sido escasamente investigada desde el punto de vista de la atención prenatal (5).

El presente estudio determinó los patrones de apego de las gestantes, utilizando el Parental Bonding Instrument (PBI), creado por Gordon Parker e Hilary Tupling (6) que evalúa el patrón de apego que tuvo el adulto en su infancia, identificando dos dimensiones: cuidado y sobreprotección. Los vínculos obtenidos guardan estrecha relación con los vínculos afectivos en el infante, descritos por Ainsworth (7). Es así como el vínculo óptimo, que se manifiesta cuando la madre es afectuosa y contenedora emocionalmente conlleva a desarrollar un apego seguro. En los apegos inseguros, encontramos el vínculo ausente o débil, correlacionado con el apego ambivalente, el de constrictión cariñosa con el apego desorganizado y finalmente, el vínculo control sin afecto genera apego evitante (8).

El patrón de apego es multicausal e involucra factores del entorno, siendo posible demostrar que la desorganización del apego correlaciona con la presencia de traumas que se prolongaron en el tiempo, como: violencia intrafamiliar; abuso sexual infantil, entre otras vulneraciones relacionadas al cuidado infantil, generando secuelas en la salud mental en la adultez (4,9). Estas variables de riesgo establecerían sintomatología depresiva en el adulto, provocando dificultad para percibir e interpretar las necesidades de los hijos (8). Esta secuencia propicia una transmisión intergeneracional del apego inseguro.

La literatura afirma que los apegos disfuncionales tienen mayor predisposición al consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Gran parte de los drogadictos presentan estilo de apego desorganizado e historia de trauma, haciéndolos propensos al abuso físico, sexual, abandono, negligencia y disciplina autoritaria con su descendencia (10).

Lo óptimo es establecer un apego seguro, siendo fundamental identificar factores protectores, como; buen funcionamiento familiar (11), entorno sin violencia, un cuidador en la niñez capaz de percibir y responder a las necesidades psicoafectivas, una adaptación positiva al proceso de gestación (ingreso precoz al control prenatal). Componentes fundamentales para transmitir el apego seguro intergeneracionalmente.

El reconocimiento de los patrones de apego puede abordarse mediante psicoterapia, y si se identifica un apego inseguro puede redefinirse evocando experiencias gratificantes y seguras, tales como una relación de pareja satisfactoria, una experiencia positiva en la gestación, maternidad o paternidad. El apego seguro en un adulto es un elemento protector para la construcción de vínculos positivos psicoemocionales tempranos con un hijo (a) biológico o con un infante que se adopte o se adquieran sus cuidados permanentes (12,13).

Es fundamental identificar los factores de riesgos en la infancia pues las personas que tengan experiencias adversas, y no manifiesten elementos protectores, pueden desarrollar mecanismos de protección y frente a la amenaza del abandono preferir la distancia psicoemocional, guiando esta creencia su crianza (5). En cambio, el apego seguro implica una mejor adaptación a los cambios de la maternidad y el estrés parental (14, 15, 16).

En los patrones de apego infantil, destaca el rol de la madre, principalmente en culturas donde ellas proporcionan el mayor tiempo y cuidado, característica presente en nuestro país (17). Los cuidados maternos y su contribución a la formación de las estructuras internas del apego requieren que la madre este presente desde el punto físico, como también emocional (15).

La gestación permite identificar el patrón de apego, ya que durante el embarazo afloran los cuidados que tuvo la gestante en su niñez y es la instancia propicia para redefinir el apego y con ello inducir un apego seguro a la siguiente generación.

La provincia de Arauco es un sector vulnerable socioeconómicamente y por sus altas tasas de denuncias por violencia intrafamiliar, destacando entre ellas Curanilahue y Arauco (18).

El objetivo primario fue conocer los patrones de apego materno y paterno del adulto y relacionarlos con los factores protectores y de riesgo psicosociales de las gestantes que controlaron su embarazo en la provincia de Arauco.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal.

Emplazamiento: Tres centros de atención primaria de la provincia Arauco al sur de Chile, abril a octubre, año 2020.

Sujetos de estudio: 106 embarazadas incluidas según los criterios de inclusión, de un total de 152 que ingresaron a control prenatal, algunas tuvieron abortos o se trasladaron de comuna, siendo excluidas. Muestreo no probabilístico. El contacto para participar se hizo mediante red social WhatsApp. **Criterios de inclusión:** embarazadas mayores de 16 años, ingresos a control prenatal durante el primer y segundo semestre. **Criterios de exclusión:** disfunción cognitiva severa que limitara la comprensión del estudio, interrupción del embarazo, cambio de cuidad después del primer control y embarazadas diagnosticadas o en tratamiento por depresión previa a la gestación.

Variables de estudio: sociodemográficas que caracterizan la muestra; edad, presencia de pareja, tiempo de relación de pareja, tipo de familia y funcionamiento familiar. Obstétricas: paridez, antecedente de aborto, edad gestacional precoz de ingreso a control prenatal (antes de las 12 semanas), planificación del embarazo, consideradas factores protectores. Como factores de riesgo: consumo de sustancias lícitas o ilícitas, presencia de violencia (psicológica, física, económica y sexual), síntomas de riesgo de depresión. Junto a la variable principal “patrón de apego materno y paterno del adulto”.

Recogida de datos: Se aplicó un cuestionario, junto a seis instrumentos validados en población chilena. Para determinar el patrón de apego materno-paterno del adulto se utilizó el Parental Bonding Instrument, cuestionario de auto-reporto de la actitud percibida por el individuo de sus padres en relación con su infancia y adolescencia. Tiene 25 preguntas, distribuidas en dos escalas: cuidado y sobreprotección. Cada ítem se puntuó mediante escala de Likert, de 0 a 3 puntos correspondiendo a cuatro alternativas: nunca, algunas veces, casi siempre y siempre.

Los puntajes de corte, en el apego materno para la escala de cuidado son de 30,6 puntos y de 12,5 puntos para sobreprotección. En el apego paterno, el puntaje de corte 25,6 puntos para el cuidado y 11,9 puntos para sobreprotección (19).

Para identificar el funcionamiento familiar se aplicó el APGAR Familiar, compuesto por cinco preguntas. Cada respuesta se distribuye de 0 a 2, con tres opciones desde “casi nunca” a “casi siempre”, obteniéndose un puntaje total entre 0 y 10 que concibe tres posibles resultados: altamente funcionales (>7 puntos), moderadamente funcionales (4-6 puntos) y severamente disfuncionales (< 3 puntos) (20).

La escala de Edimburgo se aplicó al ingreso a control prenatal. Instrumento de diez preguntas en escala Likert. Un puntaje de 10 puntos o más, o uno distinto a 0 en la pregunta N.º 10, probablemente estén cursando un episodio depresivo de diversa gravedad (21).

Para el consumo de sustancias lícitas, se aplicó el test AUDIT, que permite identificar consumo de alcohol. Consiste en 10 preguntas mediante escala de

Likert. Cada respuesta se distribuye de 0 a 4 puntos, donde puntuaciones >16 puntos es indicación de terapia (22,23).

Para reconocer el consumo de drogas o cigarrillos se aplicó el 4 P s Plus. Instrumento que consta de seis preguntas orientadas a identificar el tipo de sustancias que se consume, drogas y cigarrillos. Explicitando, si este consumo fue previo a la gestación o durante la gestación (24).

Finalmente, para identificar la presencia de violencia hacia la mujer, se utilizó el protocolo de detección de violencia hacia la mujer creado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región del Hemisferio Occidental (IPPF_RHO). Incorpora preguntas que indaga en violencia: psicológica, física, económica y sexual a lo largo de su vida. También pesquisa en qué etapa del ciclo vital aconteció la violencia (10).

Aspectos éticos: Contó con la aprobación de comités de ética del Servicio de Salud y de la Universidad de Concepción. Toda participante tuvo acceso a una ficha informativa del estudio y proporcionó su consentimiento, previo a su participación.

Tabla n°1: Perfil sociodemográfico y obstétrico de las embarazadas.

Variables cuantitativas	Media (Desv. estándar)	Mín-Máx
Edad (años)	27,7 (5,94)	17-43
Tiempo de la relación de pareja (meses)	78 (65,07)	5-288
Edad gestacional al ingreso del control prenatal (semanas)	10+2d (3,56)	5 - 25
Variables cualitativas	nº	%
Nivel Educativo		
• Enseñanza secundaria	39	36,8
• Enseñanza superior	67	63,2
Pareja Estable		
• SI	96	90,6
• NO	10	9,4
Tipo de Familia		
• Unipersonal	2	1,9
• Nuclear	67	63,2
• Extendida	37	34,9
Familia funcional		
• SI	98	92,5
• NO	8	7,5
Paridez		
• Primigesta	42	39,6
• Multipara	64	60,4
Antecedente de aborto		
• SI	22	20,7
• NO	84	79,2
Embarazo planificado		
• SI	52	49,1
• NO	54	50,9
Ingreso precoz a control prenatal		
• SI	96	90,6
• NO	10	9,4

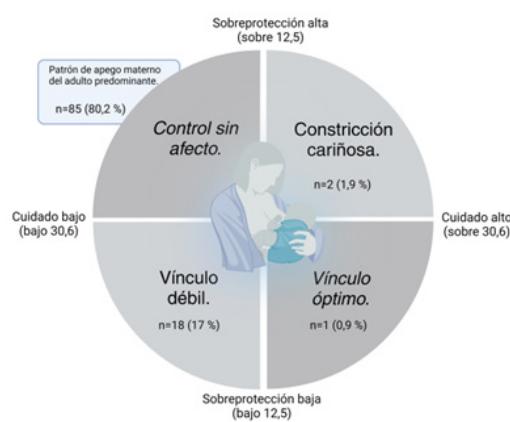
Los instrumentos contestados por las pacientes fueron archivados en el sistema computacional identificados con una codificación creada por el investigador, para resguardar la confidencialidad.

Ánalisis de los datos: Los datos fueron incorporados a una base de datos Excel codificada, para luego ser analizadas mediante el programa estadístico SPSS versión 25. Se aplicó análisis univariado y bivariado. Para la asociación de variables, se utilizó el Test exacto de Fisher y se consideró que una relación era estadísticamente significativa si el p-valor fue < 0,05.

RESULTADOS

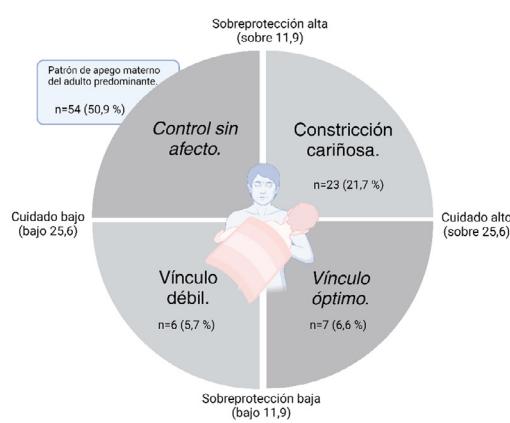
Perfil Biosociodemográficas y Obstétricas.

El promedio de edad superó los 25 años. Teniendo la mayoría de las gestantes educación superior. Con respecto a la pareja, casi la totalidad estaba en una relación estable, y con un tiempo prolongado de relación sentimental.



Fuente: Elaboración propia.

Fig.1. Distribución del patrón de apego materno del adulto.



Fuente: Elaboración propia.

Fig. 2. Distribución del patrón de apego paterno del adulto.

Al determinar los antecedentes obstétricos, la mayoría ingresó precoz al control, siendo su primera gestación y habiendo planificado el embarazo. Ver Tabla I.

Características de los patrones de apego Materno y Paterno

El PBI de la figura materna, fue respondido por todas las gestantes incluidas, no obstante, el mismo instrumento para la figura paterna, no fue respondido por el 100 %, ya que nunca tuvieron contacto con él o no lo conocieron.

La distribución del puntaje del patrón adulto materno, en la escala de cuidado obtuvo un promedio de 22,8 puntos (DE= 6,546; Mín. 3 y Máx. de 33) y en la escala de sobreprotección fue de 17,06 puntos (DE=6,083; Mín. 2 y Máx. 33). Correspondiendo a la categoría del patrón de apego materno, control sin afecto. La distribución se presenta en la Figura 1.

Respecto del vínculo paterno adulto, en la escala de cuidado obtuvo un promedio de 22,29 puntos (DE 6,008; Mín. 8 y Máx. 33) y en la escala de sobreprotección, el promedio fue 16,53 puntos (DE=5,254; Mín. 2 y Máx. 29) correspondiente al patrón de apego paterno, control sin afecto. La distribución se presenta en la Figura 2.

En la clasificación de los patrones de apego materno y paterno, se realizó un análisis estadístico aplicando el test exacto de Fisher, cuyo p valor fue < 0,000. Ver Tabla II.

Factores de riesgo y protectores.

Con los instrumentos descritos se pesquisaron los factores de riesgo y protectores, obteniéndose que los síntomas depresivos están en el 9,6 % (n=10) de las mujeres, mientras el 4,8 % (n=5) tenían resultados que requerían ser repetidos. En la determinación del consumo de sustancias lícitas e ilícitas el 19,8 % de las gestantes consumía drogas o cigarrillos en el primer año previo a la gestación, manteniéndose el consumo de marihuana durante el embarazo en el 5,7 % (n=6) y en el 17,9 % (n=19) el consumo de cigarrillos. El consumo de bebidas alcohólicas en el año anterior al embarazo fue del 42,5 % (n=45), conservándose esta conducta en el 15,6 % (n=7) de las mujeres, clasificándose según AUDIT como consumo de riesgo prejudicial o dependencia.

Según los tipos de violencia a lo largo de su ciclo vital, la violencia psicológica es la que predomina en un 16 % (n=17), identificando que el 4,7 % (n=5) sufrió violencia psicológica durante la gestación. La presencia de violencia física y sexual en este o en un embarazo anterior fue del 1,9 % (n=2). Por último, la violencia sexual reportada en la infancia fue de un 19,8 % (n=21).

Ahora bien, relacionando los patrones de apego materno y paterno del adulto con factores protectores, tales como: embarazo planificado, pareja estable, ingreso precoz al control prenatal, familia funcional, no se encontró relación estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con los factores de riesgo como consumo de sustancias lícitas e ilícitas, presencia de violencia o antecedente de abuso, familia disfuncional y riesgo de depresión, aplicando la prueba exacta de Fischer con p valor > 0,05. Sin embargo, se puede identificar que la presencia de estos factores de riesgo se concentra en embarazadas con vínculo de apego inseguro. Ver Tabla III-IV

DISCUSIÓN

El 80,2 % (n=85) de las gestantes, tuvieron un vínculo del apego materno de control sin afecto y sólo un 0,9 % (n=1) de vínculo óptimo difiriendo con lo encontrado en un estudio en Colombia. En dicha muestra, 139 eran mujeres, evaluadas con el PBI, resultando en que un 39,6 % (n=55) puntuaban para un vínculo de control sin afecto y con un vínculo óptimo un 18 % (n=25) (25), lamentablemente existen pocos estudios que apliquen el PBI para comparar estos resultados. Las diferencias se podrían explicar por condiciones culturales de cada país, presente en las relaciones vinculares de madres y padres con sus hijos.

En Chile, existen dos estudios que evaluaron el apego materno adulto a través del PBI. El primero en Concepción, predominaba el vínculo control sin afecto con 47,6 % (n=29) y el menor fue el vínculo óptimo, 13,1 % (n=8) en una muestra de 61 gestantes (26), proporción similar a este estudio. El segundo en 42 mujeres, de una comuna rural de la novena región encontró que el patrón de apego materno predominante fue la constricción cariñosa con un 42,9 % (n=18), mientras que el vínculo óptimo fue de un 16,6 % (n=7), valores superiores a los encontrados en el presente estudio. En el patrón de apego paterno, el

vínculo óptimo es de un 14,3 % (n= 6) y predomina el control sin afecto con un 42,8 % (n=18) (27), siendo el vínculo óptimo superior al reportado por nosotros. Las diferencias podrían estar asociadas a características de los territorios, pues este último estudio estaba emplazado en una comuna rural donde existen tradiciones probablemente más arraigadas respecto del rol paterno como proveedor.

Al analizar el consumo de sustancias lícitas e ilícitas con los patrones de apego materno y paterno del adulto, no se evidenció una relación estadísticamente significativa, sin embargo, llama la atención que el antecedente de consumo de drogas antes de la gestación sea del 22,6 %, cifra superior al estudio del año 2016, realizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)(28) que consignó un 10,6 %. Esto puede responder a que el instrumento actual utilizado en el sistema público (Evaluación Psicosocial Abreviada EPsA, diseñada para la población chilena) sólo pregunta por el consumo en el mes previo a la gestación (29). En cambio, en el presente estudio se utilizó el 4 P's Plus que es más específico clasificando los antecedentes de consumo de sustancias lícitas e ilícitas según ciclo vital, tipo de sustancia y período de tiempo (16,19).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre patrones de apego materno y paterno del adulto con el abuso de sustancias, lamentablemente no existen estudios que evalúen los patrones de apego con el PBI, por lo tanto, no es posible comparar estos resultados.

El 15,6 % (n=7) de las gestantes consumían alcohol y clasificaban en riesgo y/o dependencia. A pesar de no ser estadísticamente significativo con los patrones de apego materno y paterno del adulto es un factor considerable, pues las intervenciones en la gestación aumentan las tasas de abstinencia (30).

No se detectó relación estadísticamente significativa entre violencia psicológica, física, económica y sexual según los patrones de apego materno y paterno del adulto. Cabe destacar que la violencia se concentra en los tipos de patrón de apego inseguro (control sin afecto y vínculo débil). Conclusiones similares se obtuvieron en un estudio en 79 familias, donde se comparó el tipo de vínculo materno del adulto, entre familias que han sufrido situaciones

de violencia. En aquellas que no habían sufrido violencia predominó la percepción del vínculo óptimo materno, mientras que en el grupo de familias que habían sufrido violencia de género predominó el vínculo control sin afecto (31). El riesgo de depresión no tuvo relación estadísticamente significativa con los patrones de apego materno y paterno del adulto.

Es importante reconocer que todas las mujeres que presentaron este riesgo tienen un vínculo materno y paterno del adulto inseguro. No existen estudios que apliquen el PBI y su relación con esta variable. Lo más similar es un estudio en 177 pacientes con depresión y antecedente de abuso, donde se aplicó el PBI para determinar efectividad del tratamiento a la depresión, los resultados arrojaron que la vinculación materna y paterna se asocia con una respuesta diferencial al tratamiento y su adherencia (32), pudiendo ser utilizado para adherencia a las terapias de la salud mental.

Un hallazgo revelador fue la relación estadísticamente significativa del patrón de apego materno y paterno del adulto. Este tipo de relación no ha sido identificada en investigaciones publicadas, por tanto no se puede comparar.

CONCLUSIÓN

El vínculo óptimo está presente en valores bajos en ambos patrones tanto materno como paterno. Aunque el patrón de apego paterno del adulto con este tipo de vínculo supera casi en 7 veces el patrón de apego materno del adulto. Se pudo observar que, en los patrones de apego materno y paterno, predominó la clasificación de control sin afecto.

El patrón de vínculo óptimo con su padre correlaciona con el patrón de apego materno vínculo débil. Por otra parte, cuando existe la clasificación de control sin afecto, la clasificación está presente en ambos padres. Estos resultados invitan a explorar cuáles serían las razones para nuevas investigaciones.

Las diferencias entre el patrón de apego materno y paterno realzan la importancia de considerar al padre en la crianza, conociendo la historia familiar para una atención integral. El padre puede ser un agente activo en fomentar un apego seguro especialmente en aquellos casos en que la figura materna no esté en condiciones de realizarlo.

En el análisis de los factores protectores o de riesgo psicosociales no fueron influenciados por los patrones de apego del adulto materno o paterno, es importante a futuro considerar el tipo de patrón de apego establecido en la adultez y determinar otras figuras significativas.

REFERENCIAS

1. **Bowlby J.** Naturaleza y función de la conducta de apego. En: Bowlby J. El apego y la pérdida. España: Paidós Ibérica; 1993. Vol. nº. 1. p. 287-315.
2. **Moneta M.** Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Rev Chil Pediatr 2014; 85 (3): 265-268. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001&lng=es.
3. **Guidano, V. F, Quiñones A. T.** Modelo cognoscitivo postnacionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica. Biblioteca de psicología. Vol. nº. 1. 2a. Ed. Bilbao. Desclée de Brouwer; 2018. p. 45-60. ISBN: 978-84-330-1660-7.
4. **Tryphonopoulos PD, Letourneau N, Ditomasso E.** Attachment and caregiver-infant interaction: A review of observational assessment tools. Infant Ment Health J. 2014;35(6):642-56.
5. **Jones JD, Cassidy J, Shaver PR.** Parents' self-reported attachment styles: a review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. Pers Soc Psychol Rev. 2015;19(1):44-76.
6. **Parker G, Tuplin H, Brown L.** A parental bonding instrument. British Journal of Medical Psychology. 1979; 52: 1-10.
7. **Martín N, Saldaña A, Morales A.** Relación entre apego paterno e infantil, habilidades sociales, monoparentalidad y exclusión social. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2019; (2): 44-48.
8. **Yamauchi H, Ogura M, Mori Y, Ito H, Honjo S.** The effects of maternal rearing attitudes and depression on compulsive-like behavior in children: The mediating role of children's emotional traits. Psychology. 2016; 7:133-144.
9. **Gayá C, Molero R, Gil MD.** Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). Revista de Psicología. 2014; 3 (1): 375-384.
10. **Urrutia A.** Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: Comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria. [Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva]. Universidad de Concepción. [Internet]. 2016. [citado 14 noviembre 2022]. Disponible en: <http://repositorio.udc.cl/xmlui/handle/11594/2095>
11. **Dávila Y.** La influencia de la familia en el desarrollo del apego. Revista de la Universidad de Cuenca. 2015; 57: 121-130.
12. **Holmes J.** Attachment theory in clinical practice: A personal account. British Journal of Psychotherapy. 2015; 31(2): 208-228.
13. **Bartholomew K, Horowitz L.** Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 61(2): 226-244.
14. **Fonagy P, Steele H, Steele M.** Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of Infant-mother attachment at one year of age. Child Development. 1991; 62 (5): 891-905.
15. **Farkas Ch, Santelices M, Aracena M, Pinedo J.** Pontificia Universidad Católica de Chile. Apego y ajuste socio emocional: Un Estudio en embarazadas primigestas. [internet]. 2008 [citado 28 de octubre 2022].
16. **Páez D, Fernández I, Campos M, Zubieta E, Casullo M.** Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. Ansiedad y estrés. 2006; 12 (2-3): 329-341. Psykhe Santiago, 17(1): 65-80. Di=S0718-22282008000100007"0718-22282008000100007
17. **Fonseca I.** Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Vol. nº. 20, 2, diciembre de 2020: 133-143
18. **Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN.** Reporte distrital 2021. (s.f). Disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportesdistritales/pdf_distrito.html?anno_r=2021&distrito=21"dist
19. **Melis F, Dávila M, Ormeño V, Vera V, Greppi C, Gloger S.** Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2001; 39(2): 132-139.
20. **Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Salazar D.** Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. Rev Chil Pediatr. 1987; 58:246-9.
21. **Ministerio de Salud.** Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de Enfermedades. Dpto. Ciclo Vital. Dpto. de Salud Mental. Santiago. MINSAL, 2014. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloPrograma-Embarazoypospartofinal12032014.pdf>
22. **Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M.** Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. 2001. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf>
23. **Ministerio de Interior y seguridad pública. CONACE.** Mujeres y tratamiento de drogas. Sugerencias para el abordaje de mujeres embarazadas con problemas de drogas. Área técnica de tratamiento y rehabilitación. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [Internet] 2010 [citado 15 septiembre 2022]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documento_embarazo.pdf
24. **Chasnoff I, Wells A, McGourty R, Bailey L.** Validation of the 4P's Plus screen for substance use in pregnancy validation of the 4P's Plus. Journal of Perinatology. 2007; 27: 744-748.
25. **Gómez Y, Vallejo V, Villada J, Zambrano R.** Caracterización de lazos parentales en estudiantes de pregrado de la universidad de Antioquia. Revista de psicología Universidad de Antioquia. 2009; 1(1):35-53.
26. **Contreras Y.** Efectos de la oxitocina sintética utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento social del niño (a), durante los primeros años de vida. [Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Mental]. Universidad de Concepción. [Internet] 2017 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: http://repositorio.udc.cl/bitstream/11594/2795/3/Tesis_Efectos_de_la_oxitocina_sintetica.pdf
27. **Álvarez E.** Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño(a). [Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva] Universidad de Concepción [Internet] 2016 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: http://repositorio.udc.cl/jspui/bitstream/11594/2099/3/Tesis_Estilo_de_Apego_materno.Image.Marked.pdf
28. **Ministerio del interior y salud pública. SEN-DA.** Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile. Observatorio chileno de drogas. [Internet] 2016 [citado 9 enero 2022]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>
29. **Ministerio de Salud. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA).** Nota metodológica complementaria para profesionales y equipos de salud Santiago. [Internet]. 2010. [citado 08 enero 2022]. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf
30. **Ujhelyi Gomez K, Goodwin L, Jackson L, Jones A, Chisholm A, Rose AK.** Are psychosocial interventions effective in reducing alcohol consumption during pregnancy and motherhood? A systematic review and meta-analysis. Addiction. 2020 Oct 17; 116:1638-1663. doi: 10.1111/add.15296
31. **Contreras J, Busquets M, Martínez C, Molinet J, Torrentó C.** Percepción del Vínculo Parental y Violencia de Género. Estudio sobre la percepción del vínculo maternofilial en familias que han sufrido situaciones de violencia de género. Revista de Trabajo Social y Acción Social. 2015; 55: 118-143.
32. **Johnstone J, Carter J, Luty S, Mulder R, Frampton C, Joyce R.** Maternal care and paternal protection influence response to psychotherapy treatment for adult depression. Journal of Affective Disorders. 2013; 149: 221-229.

TABLA II. Relación entre los tipos de patrón de apego materno y paterno del adulto.

Ítems	Patrón de apego materno del adulto					
	Clasificación			Vínculo	TOTAL	Test exacto de Fisher
Patrón de apego paterno del adulto	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Clasificación	0 (0,0 %)	1 (4,3 %)	19 (82,6 %)	3 (13,0 %)	23 (100 %)	0,000***
Constricción cariñosa	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	6 (85,7 %)	7 (100 %)	
Vínculo óptimo	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	48 (88,9 %)	5 (9,3 %)	54 (100 %)	
Control sin afecto	1 (1,9 %)	0 (0,0 %)	48 (88,9 %)	5 (9,3 %)	54 (100 %)	
Vínculo débil	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	3 (50,0 %)	6 (100 %)	
Total	1 (1,1 %)	1 (1,1 %)	71 (78,9 %)	17 (18,9 %)	90 (100 %)	

Fuente: Elaboración propia

*** p<0,001

TABLA III. Relación entre factores de protectores y riesgo con el patrón de apego materno adulto.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO	Patrón de apego materno adulto				Total	Prueba estadística
	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
	n (%)				p-valor	
Pareja estable	SI 2 (2,1 %)	1 (1,0 %)	76 (79,2 %)	17 (17,7 %)	96 (100 %)	1,00
	NO 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (90,0 %)	1 (10,0 %)	10 (100 %)	
Embarazo planificado	SI 2 (3,8 %)	0 (0,0 %)	42 (80,8 %)	8 (15,4 %)	52 (100 %)	0,517
	NO 0 (0,0 %)	1 (1,9 %)	43 (79,6 %)	10 (18,5 %)	54 (100 %)	
Función Familiar	Adecuada 2 (2,0 %)	1 (1,0 %)	78 (79,6 %)	17 (17,3 %)	98 (100 %)	0,537
	Moderada 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	3 (100 %)	
	Disfunción severa 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100 %)	0 (0,0 %)	5 (100 %)	
CONSUMO DE SUSTANCIAS	SI 0 (0,0 %)	1 (4,2 %)	18 (75,0 %)	5 (20,8 %)	24 (100 %)	0,290
	NO 2 (2,4 %)	0 (0,0 %)	67 (81,7 %)	13 (15,9 %)	82 (100 %)	
Alcohol	SI 0 (0,0 %)	1 (2,2 %)	36 (80,0 %)	8 (17,8 %)	45 (100 %)	0,547
	NO 2 (3,3 %)	0 (0,0 %)	49 (80,3 %)	10 (16,4 %)	61 (100 %)	
RIESGO DE DEPRESIÓN	< 10 2 (2,2 %)	1 (1,1 %)	72 (80,9 %)	14 (15,7 %)	89 (100 %)	
	10 y 12 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	2 (40,0 %)	5 (100 %)	
	>13 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (80,0 %)	2 (20,0 %)	10 (100 %)	0,572
TIPO DE VIOLENCIA O ABUSO	SI 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (81,3 %)	3 (18,8 %)	16 (100 %)	
	NO 2 (2,2 %)	1 (1,0 %)	71 (79,8 %)	5 (16,9 %)	89 (100 %)	
	No responde 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	
Violencia física	SI 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (87,5 %)	1 (12,5 %)	8 (100 %)	1,00
	NO 2 (2,1 %)	1 (1,0 %)	77 (79,4 %)	17 (17,5 %)	97 (100 %)	
	No responde 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	
Violencia sexual en el ciclo vital	SI 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (80,0 %)	2 (20,0 %)	10 (100 %)	1,00
	NO 2 (2,1 %)	1 (1,1 %)	76 (80,0 %)	16 (16,8 %)	95 (100 %)	
	No responde 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	
Violencia económica	SI 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100 %)	0 (0,0 %)	3 (100 %)	1,00
	NO 2 (1,9 %)	1 (1,0 %)	82 (79,6 %)	18 (17,5 %)	103 (100 %)	

Fuente: Elaboración propia

TABLA IV. Relación de los factores protectores y de riesgo con el patrón de apego paterno adulto.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO	Patrón de apego paterno adulto				Prueba estadística	
	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
	n (%)				p-valor	
Pareja estable	SI 20 (24,4 %)	6 (7,30 %)	50 (61,0 %)	6 (7,3 %)	82 (100 %)	0,329
	NO 3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	4 (50,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100 %)	
Embarazo planificado	SI 12 (26,1 %)	1 (2,20 %)	29 (63,0 %)	4 (8,7 %)	46 (100 %)	0,215
	NO 11 (25,0 %)	6 (13,6 %)	25 (56,8 %)	2 (4,5 %)	44 (100 %)	
Función Familiar	Adecuada 20 (23,8 %)	7 (8,30 %)	51 (60,7 %)	6 (7,1 %)	84 (100 %)	0,802
	Moderada 1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100 %)	
	Disfunción severa 2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100 %)	
CONSUMO DE SUSTANCIAS	SI 7 (33,3 %)	1 (4,8 %)	12 (57,1 %)	1 (4,8 %)	21 (100 %)	0,805
	NO 16 (23,2 %)	6 (8,7 %)	42 (60,9 %)	5 (7,2 %)	69 (100 %)	
Alcohol	SI 10 (25,6 %)	3 (7,7 %)	23 (59,0 %)	3 (7,7 %)	39 (100 %)	1,00
	NO 13 (25,5 %)	4 (7,8 %)	31 (60,8 %)	3 (5,9 %)	51 (100 %)	
RIESGO DE DEPRESIÓN	< 10 18 (23,4 %)	6 (7,8 %)	47 (61,0 %)	6 (7,8 %)	77 (100 %)	
	10 y 12 0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100 %)	
	>13 4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	7 (100 %)	0,333
TIPO DE VIOLENCIA O ABUSO	SI 5 (38,5 %)	1 (7,7 %)	7 (53,8 %)	0 (0,0 %)	13 (100 %)	
	NO 18 (23,7 %)	6 (7,9 %)	46 (60,5 %)	6 (7,9 %)	76 (100 %)	
	No responde 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	
Violencia física	SI 2 (28,6 %)	1 (14,3 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	7 (100 %)	0,891
	NO 21 (25,6 %)	6 (7,3 %)	49 (59,8 %)	6 (7,3 %)	82 (100 %)	
	No responde 0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	
Violencia sexual en el ciclo vital	SI 2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	1 (14,3 %)	7 (100 %)	0,223
	NO 21 (25,6 %)	6 (7,3 %)	50 (61,0 %)	5 (6,1 %)	82 (100 %)	
	No responde 0 (0,0 %)	1 (100 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)	
Violencia económica	SI 1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	3 (100 %)	1,00
	NO 22 (25,3 %)	7 (8,0 %)	52 (59,8 %)	6 (6,9 %)	87 (100 %)	

Fuente: Elaboración propia

Partos y nacimientos de inmigrantes en hospitales de la Región del Maule, Chile, años 2020 y 2021.

Births and immigrant births in hospitals in the Maule Region, Chile, years 2020 and 2021

Militzen Tapia Wittke¹, Alejandra Espinosa Acuña², Fúrica Poblete González¹, Jorge Vásquez Yáñez⁴

¹Carrera de Obstetricia y Puericultura. Grupo de Investigación en Ciencias, Matronería y Salud Pública (CIMASP). Universidad Autónoma de Chile, Chile. Matrona

²Carrera de Obstetricia y Puericultura. Grupo de Investigación en Ciencias, Matronería y Salud Pública (CIMASP). Universidad Autónoma de Chile, Chile. Cirujano dentista.

³Carrera Ingeniería Comercial, Grupo de Investigación en Ciencias, Matronería y Salud Pública (CIMASP). Universidad Autónoma de Chile, Chile. Profesor de matemáticas

*Autor para correspondencia: militzen.tapia@uautonoma.cl

RECEBIDO: 26 de Diciembre de 2022
APROBADO: 02 de Octubre de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3555

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Inmigrantes, parto vaginal, cesárea, peso de nacimiento.

Key words: Immigrants, vaginal delivery, cesarean section, birth weight.

RESUMEN

Objetivo: el presente estudio tiene por finalidad describir los tipos de parto y de nacimiento de los hijos de madres inmigrantes que tuvieron lugar en los hospitales de las comunas de Linares, Cauquenes, Constitución y San Javier, en la Región del Maule, en los años 2020 y 2021.

Material y Método: se realizó un estudio transversal descriptivo a través del análisis de bases de datos secundarias de los registros de los hospitales públicos ubicados en las comunas indicadas de la Región del Maule, en los años 2020 y 2021. El tamaño de la muestra fue de 4.870 registros de partos. Las variables de estudio analizadas fueron los partos por cesárea y los partos vaginales, según la nacionalidad y el peso en gramos de los recién nacidos.

Resultados: la mayoría de los partos analizados fueron de madres haitianas, que representan casi el 59% del total. Las madres venezolanas constituyen el siguiente grupo más grande, con casi el 18% de los partos. Cuando observamos el tipo de parto, encontramos que las madres venezolanas tuvieron la proporción más alta de partos por cesárea, con casi

un 73%, y que el 53% de los partos en general fueron vaginales. En cuanto al peso medido en gramos, los recién nacidos de madres haitianas mostraron una proporción mayor en las categorías de peso muy bajo y bajo, con un 1,37% y un 10,27% respectivamente.

Conclusiones: del total de los partos registrados en los hospitales en estudio el 5% correspondió a madres extranjeras. De estos, el 52,42% fueron partos por cesárea y el 47,58% partos normales.

ABSTRACT

Objective: the purpose of this study is to describe the delivery and births of immigrants in the hospitals of Linares, Cauquenes, Constitución and San Javier in the Maule region, in the years 2020 and 2021.

Material and method: a descriptive cross-sectional study was carried out through the analysis of secondary databases of the records of public hospitals in the Maule region in the years 2020 and 2021. The communes corresponded to Linares, Cauquenes, Constitución and San Javier. The sample size corresponded to 4,870 birth records in the region for the

years 2020 and 2021. The study variables analyzed were the types of delivery (cesarean section or vaginal delivery) according to nationality and weight in grams.

Results: most foreign births were from Haitian mothers, representing almost 59% of the total. Venezuelan mothers make up the next largest group, with almost 18% of deliveries. When we looked at the type of delivery, we found that Venezuelan mothers had the highest proportion of cesarean deliveries, at about 73%, and 53% of deliveries were vaginal.

Regarding birth weight measured in grams, newborns of Haitian mothers showed a higher proportion in the very low and low weight categories, with 1.37% and 10.27% respectively.

Conclusions: total delivery in the hospitals under study in the years 2020 and 2021, 5% correspond to foreign mothers, of these 52.42% were cesarean sections and 47.58% normal delivery.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de la migración es un determinante clave de la salud y el bienestar de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que entre los problemas de este tipo más frecuentes en personas migrantes figuran las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión, entre otras.

En efecto, por lo anterior, las personas que se establecen en un país extranjero -y adoptan la calidad de inmigrantes- suelen figurar entre los miembros más vulnerables de una sociedad y, a menudo, se enfrentan a la xenofobia, la discriminación, las malas condiciones de vida, la falta de vivienda o de trabajo y al acceso inadecuado a los servicios sociales. Como consecuencia de ello, sufren frecuentemente problemas de salud física y mental (1) se ven afectados por barreras culturales en su atención de salud.

En Chile, la situación de la inmigración es un fenómeno creciente. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en 1992 se contabilizaban 105.070 personas nacidas en el extranjero como residentes habituales en nuestro país, cifra que entonces representaba el 0,8% del total de la población nacional. Esa proporción subió a 1,3% en 2002, al registrarse 187.008 personas extranjeras residentes, y alcanzó el 4,4% en 2017, cuando su cifra se elevó a 746.465. (2)

A partir del año 2000, a los inmigrantes de origen peruano y boliviano -para entonces los principales- se agregaron otros de diversos países del continente. Primero destacó el flujo de extranjeros provenientes de Colombia, al que más tarde se sumó la llegada de oriundos de República Dominicana y especialmente de Haití, que vieron favorecido su arribo por un estatus especial a partir de las catástrofes ambientales y naturales que azotaron a esa nación. (3) A pesar de haber registros en Chile de inmigrantes de Venezuela en años anteriores, su crecimiento significativo se remonta a 2015. Entre ese año y 2016, el número de venezolanos solicitantes de visa pasó de 9.501 casos a 30.751, lo que equivale a un aumento del 219 %. Según la última estimación, en 2019 el colectivo venezolano pasó a ser el mayoritario, con un total de 455.494 personas, representando así el 30 % de los inmigrantes en Chile. (4)

En cuanto a su distribución interna, la Región Metropolitana tiene la mayor cantidad de personas extranjeras, con 909.414 personas. En segundo lugar, se ubica la región de Antofagasta, con 106.274 personas, y en tercero la de Valparaíso, con 97.058 personas.

Sin embargo, hay algunas regiones que si bien registran una menor presencia de inmigrantes poseen algunas características que les asignan bondades particulares y que dan la percepción de que en ellas existe una mejor calidad de vida respecto de otras zonas del país.

Una de ellas es la Región del Maule, que presenta condiciones específicas por ser una zona típicamente agraria y con una vida más tranquila ligada a un constante intercambio entre zonas urbanas y semi-rurales (4).

En efecto, los factores que inciden en la migración de los lugares de origen se han estudiado ampliamente y se pueden identificar tendencias.

En el caso de los inmigrantes de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, los principales motivos son la búsqueda de mejores condiciones laborales y calidad de vida. Por ejemplo, los haitianos llegaron a la Región del Maule debido teniendo en cuenta esa necesidad, ante la crisis económica y el devastador terremoto que ocurrió en 2010 en su país. También se observa una tendencia similar en la migración venezolana, que ha aumentado significativamente en todo Chile y en ese último territorio. En este caso,

los motivos están principalmente relacionados con la crisis política, institucional, económica y social que enfrenta Venezuela (5).

Es importante tener en cuenta que estos son solo algunos ejemplos de los factores que inciden en la decisión de migrar, ya que existen otras motivaciones individuales y contextos específicos que influyen al en ella, las que muchas veces tiene relación con los contextos que presentan los países de destino y las diversas barreras que estos pueden presentar en ámbitos como la falta de información, las barreras lingüísticas, el acceso a servicios públicos y, especialmente, a cómo opera el sistema de atención en salud. (5)

Esto afecta a todos los inmigrantes por igual, pero es especialmente complejo para los niños y las mujeres (5).

En el caso específico de las mujeres emigrantes, estas por lo general se encuentran entre las más expuestas a este tipo de complicaciones. Estas barreras pueden dificultar su capacidad para recibir atención médica preventiva, controles ginecológicos regulares y otros servicios asociados a la salud sexual y reproductiva que son cruciales para ellas, ya que incluye acceso a métodos anticonceptivos, atención prenatal y atención obstétrica de calidad. Por lo anterior, la decisión de migración y la adaptación a un nuevo entorno suelen generar estrés y desafíos emocionales en las mujeres, a las que es importante brindarles servicios de salud mental y apoyo psicológico adecuados para abordar sus necesidades.

En cuanto a la salud materno infantil, en Chile son escasos los estudios sistemáticos sobre las mujeres inmigrantes, pero se puede sostener que éstas suelen enfrentar riesgos sanitarios, en especial las que ingresan al país de manera irregular, por cuanto están más expuestas y carecen de previsión de salud. Esto va en línea con lo planteado por la OMS, que hace hincapié, además, en el hecho de que las mujeres y la población infantil son especialmente vulnerables (6). De hecho, una característica importante de algunas inmigrantes gestantes es que los controles de embarazos no los hacen o los inician tarde, con el consiguiente riesgo de morbilidad materna y fetal (7), se ha reconocido que la condición embarazos en inmigrantes es un factor de riesgo para tener hijos con prematuridad extrema y un pobre control

del embarazo, siendo su primera visita entre las 8 y 12 semanas de gestación (8) además es importante mencionar el bajo peso al nacer, que sigue siendo un problema crucial a nivel global y se asocia con una serie de consecuencias a corto y largo plazo (9). En efecto, se estima que entre el 15% y el 20% de todos los recién nacidos cada año en el mundo pesan menos de 2.500 gramos. (10)

Según el Anuario de Estadísticas Vitales, del total de madres extranjeras que viven en Chile, las haitianas son las que contribuyen con más nacimientos, con un 21,1%, seguidas de las peruanas, con el 14,7% y de las venezolanas, con un 11,4% (11). La información sobre los tipos de partos y nacimiento es escasa y por eso, en este trabajo se propone describir los partos y nacimientos de inmigrantes en hospitales públicos de las comunas de Linares, Cauquenes, Constitución y San Javier en los años 2020 y 2021 de la región del Maule, Chile, con la finalidad de dar a conocer la realidad local.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo que consideró el análisis de bases de datos secundarias de los registros de hospitales públicos de la Región del Maule en los años 2020 y 2021, las cuales fueron solicitadas a través del portal de transparencia de instituciones públicas de Chile.

Las comunas de la Región del Maule con registro completo correspondieron a las de Linares, Cauquenes, Constitución y San Javier. Se excluyó al resto de las comunas con hospitales debido a la entrega de bases de datos con variables ausentes.

El tamaño de la muestra correspondió a 4.870 registros de partos en esa región para los años 2020 y 2021. Las variables de estudio analizadas fueron los tipos de parto (cesárea o parto vaginal) según nacionalidad y peso en gramos del recién nacido.

El análisis de los datos comenzó con la exploración y depuración de las bases de datos obtenidas y consideró las variables a través de medidas de resumen como proporción absoluta y relativa, mediana y rango intercuartílico, tablas y gráficos de box plot. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software R v.4.0.2.

RESULTADOS

Según los datos proporcionados, durante los años 2020 y 2021 en los hospitales de las comunas de Linares, Cauquenes, Constitución y San Javier se registraron 4.870 partos.

En relación con la nacionalidad de las madres, el 94,91% (4.622) correspondió a chilenas mientras que el 5,09% (248) a extranjeras.

Además, se observó que la nacionalidad haitiana representó el mayor porcentaje de estas últimas, con un 58,87%, seguidas por las venezolanas, con un 17,74%. (Tabla 1). Respecto al tipo de parto según nacionalidad, se evidenció en las madres chilenas mayor proporción de cesárea, con un 61,58%, versus parto vaginal, 38,42%.

Distinto fue lo observado en las madres haitianas, entre las que predominó el parto vaginal (53,42%), mientras que entre las madres venezolanas el parto más habitual fue por cesárea (72,73%).

Para efecto de análisis, las nacionalidades argentina, brasileña, china, dominicana, española, mexicana y rusa -también presentes, aunque en mucho menor número- fueron agrupadas con el nombre de otra nacionalidad. (Tabla 1).

Además, se observó en la mayoría de las naciones que el peso del recién nacido es normal. Sin embargo, se observa que un 16,67% de los recién nacidos de madres peruanas presenta muy bajo peso, A su vez, entre los hijos de madres cubanas y haitianas se verificó que un 25% y 13,7%, respectivamente, presentó bajo peso al nacer. Por el contrario, destaca la realidad de los recién nacidos de madres ecuatorianas, que en un 25% evidencia sobrepeso, misma situación que exhiben los de otras nacionalidades (argentina, brasileña, china, dominicana, española, mexicana y rusa), con un 10%.

En la Tabla 2 se presenta la distribución del peso de los recién nacidos, según nacionalidad.

Tabla n°2: Distribución del peso* de recién nacido según nacionalidad / Distribution of the weight* of the newborn according to nationality

Nacionalidad	Peso mediano (IQ)	Muy bajo peso	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso
BOLIVIANA	3.500,00 (535,00)	0,00%	0,00%	0,00%	
CHILENA	3.385,00 (610,00)	0,52%	3,79%	85,70%	10,00%
COLOMBIANA	3.275,00 (460,00)	0,00%	5,26%	89,47%	5,26%
CUBANA	2.775,00 (328,00)	0,00%	25,00%	75,00%	0,00%
ECUATORIANA	3.542,00 (562,00)	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%
HAITIANA	3.282,00 (674,00)	1,37%	10,27%	82,88%	5,48%
OTRA	3.352,00 (831,00)	0,00%	10,00%	80,00%	10,00%
PERUANA	3.375,00 (475,00)	16,67%	0,00%	83,33%	0,00%
VENEZOLANA	3.222,00 (562,00)	0,00%	0,00%	88,64%	11,36%
TOTAL	3.380,00 (605,00)	0,55%	3,96%	85,65%	9,84%

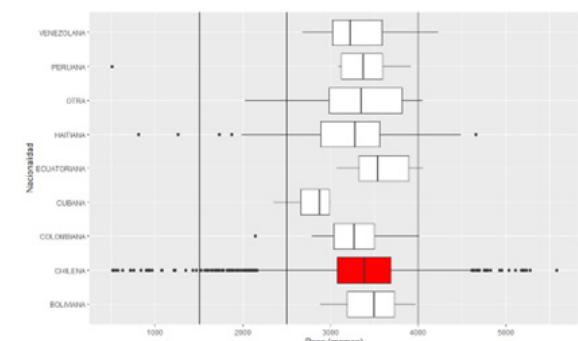
Tabla n°1: Tipo de parto según nacionalidad de la madre / Type of delivery according to mother's nationality

	CESÁREA		PARTO VAGINAL		TOTAL
	N	%	N	%	
BOLIVIANA	4	36,36%	7	63,64%	11
CHILENA	2.846	61,58%	1.776	38,42%	4.622
COLOMBIANA	11	57,89%	8	42,11%	19
CUBANA	3	75,00%	1	25,00%	4
ECUATORIANA	6	75,00%	2	25,00%	8
HAITIANA	68	46,58%	78	53,42%	148
OTRA NACIONALIDAD	4	40,00%	6	60,00%	10
PERUANA	2	33,33%	4	66,67%	6
VENEZOLANA	32	72,73%	12	27,27%	44
TOTAL	2.976	61,11%	1.894	38,89%	4.870

En cuanto al peso mediano por nacionalidad, incluida la chilena, se realizó un análisis de con su respectivo recorrido intercuartílico, evidenciando que el peso más bajo lo tuvieron los hijos de madres cubanas y el más alto los hijos de madres ecuatorianas (Tabla 2).

A través del gráfico box plot es posible comparar la distribución de los pesos respecto a las diferentes nacionalidades. Podemos ver que los pesos de los bebés de madres haitianas y chilenas varían mucho. Esto significa que algunos bebés nacen muy livianos y otros muy pesados, y muchos pesos diferentes entre ellos. Por otro lado, también se presentan algunos pesos de bebés muy diferentes de los que normalmente esperaríamos. Esos son los datos extremos. Encontramos estos pesos inusuales en los bebés de madres peruanas, haitianas, colombianas y chilenas. (Figura 1)

Figura n°1: Distribución de los pesos de recién nacidos /
Distribution of newborn weights



DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

Este estudio descriptivo transversal analizó los tipos de parto y el peso al nacer de los hijos de madres extranjeras en la Región del Maule, Chile, durante los años 2020 y 2021, basándose en los datos de los registros de las comunas de Linares, Cauquenes, Constitución y San Javier.

Entre los resultados principales se observó que el 5% de los partos corresponde a madres extranjeras y se evidenció que la nacionalidad haitiana representa el mayor número respecto al total, seguida por la nacionalidad venezolana.

Según el Anuario de Estadísticas Vitales de 2018(11), los nacimientos cuya madre era extranjera fueron 31.788, los que correspondieron al 14% de los nacidos vivos del país. Esta realidad presenta diferencias a nivel regional, ya que hay cuatro regiones del país en donde el porcentaje de nacimientos de madres extranjeras con respecto al total de naci-

mientos de la región es superior al promedio nacional: Tarapacá (33,7%), Antofagasta (28,5%) y Arica y Parinacota (22,8%) y la Región Metropolitana (21%). Por el contrario, las regiones de Biobío (2,7%), La Araucanía (3,2%) y Los Ríos (3,3%) son las que presentan los menores porcentajes de nacidos vivos con madre extranjera.

Las madres chilenas tienen una mayor proporción de cesáreas versus partos vaginales, similar a los que ocurre con madres extranjeras. Sin embargo, es importante destacar que las madres haitianas y peruanas muestran una tendencia mayor hacia los partos vaginales, divergiendo de la tendencia general. Este hallazgo podría estar influenciado por la cultura, las creencias personales y la asesoría médica recibida, entre otros factores que merecen un análisis más detallado.

En relación con los pesos de los recién nacidos -específicamente peso mediano por nacionalidad-, se evidenció que el peso más bajo lo tuvieron los hijos de madres cubanas y el más alto los hijos de madres ecuatorianas. Estos hallazgos subrayan la complejidad de los factores que influyen en los resultados de los partos y el peso de los recién nacidos, los cuales pueden incluir elementos socioculturales, genéticos, de salud materna y de acceso a la atención de salud.

Al igual que en estudios anteriores (12) (13), dichos hallazgos subrayan la necesidad de adaptar las estrategias de atención prenatal y parto para acomodar las necesidades y preferencias únicas de las madres extranjeras. Esto puede incluir la educación prenatal sobre las opciones de parto, así como la atención nutricional y de salud dirigida a asegurar el peso saludable del recién nacido (14).

En conclusión, este estudio proporciona una valiosa percepción de las diferencias en los tipos de parto y el peso al nacer entre las madres chilenas y las extranjeras en la Región del Maule. Los datos que se aportan pueden contribuir a informar sobre la planificación y provisión de servicios de salud materna y neonatal en la región, así como motivar futuras investigaciones sobre las razones subyacentes a estas diferencias.

LIMITACIONES

Una limitación que tuvo esta investigación fue el acceso a la información específica y completa de las variables en estudio, por falta de registros en la base de datos oficiales solicitadas, lo que denota ausencia en la calidad de los registros en salud.

Partos y nacimientos de inmigrantes en hospitales de la region de maule, chile, años 2020 y 2021.

Los datos son indispensables para la realización de análisis, y se transforman en información útil para la toma de decisiones y conocimiento, sobre todo para el desarrollo a nivel local. Existen indicadores como el “Libre de error” cuyos resultados son extremadamente dependientes de un humano (15). Se sugiere reforzar al personal de salud de los establecimientos hospitalarios el apropiado registro clínico de variables de interés para la salud pública, con el objetivo final de mejorar el análisis epidemiológico de la población inmigrante y las posibles estrategias de intervención.

Este estudio considera también como una limitación la calidad del registro ya que la nacionalidad de la parturienta no siempre está informada, lo que incide directamente con la cuantificación de la muestra a estudiar, por lo cual se ha seleccionado sólo los establecimientos que contaban con un registro que cumpliera con los estándares investigados. Asimismo, la dificultad de obtener el dato preciso de la nacionalidad de los partos del centro de derivación más grande de la Región del Maule fue uno de los sesgos sistemáticos de información inevitables en esta investigación que generó problemas en la validez externa, ya que no es posible generalizar el resultado de la investigación a toda la región. Esto refuerza la importancia de estandarizar los registros en los establecimientos públicos de salud para obtener resultados válidos.

Otra limitación importante de este estudio es que se basó en los registros hospitalarios, los cuales pueden no reflejar completamente todos los factores relevantes para los resultados del parto y el peso del recién nacido. Además, el estudio se limitó a las comunas de Linares, Cauquenes, Constitución y San Javier, por lo que los hallazgos no pueden ser generalizados a todas las madres extranjeras en Chile.

AGRADECIMIENTOS Y PROYECCIONES

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a las instituciones y organismos que proporcionaron las bases de datos utilizadas en este estudio. Sus esfuerzos en recopilar y mantener registros detallados de los tipos de partos y los pesos de los recién nacidos han sido fundamentales para llevar a cabo esta investigación.

Este estudio basado en bases de datos secundarias sobre los tipos de partos y los pesos de los recién nacidos ha proporcionado una visión valiosa y actualizada sobre los patrones y tendencias en la

salud materno-infantil local. Sin embargo, reconocemos que existen oportunidades para futuras investigaciones y proyecciones en este campo, una posible proyección sería profundizar en el análisis de factores asociados a los diferentes tipos de partos, como la edad materna, el estado de salud previo al embarazo, las condiciones socioeconómicas y otros factores demográficos. Esto permitiría una mejor comprensión de las razones detrás de las tasas de partos por cesárea y partos vaginales, así como posibles intervenciones para mejorar la salud materno-infantil. Además, sería beneficioso realizar un seguimiento de los pesos de los recién nacidos a lo largo del tiempo a través de estudios longitudinales.

REFERENCIAS

- 1. Organización Mundial de la Salud.** Salud de los refugiados y migrantes [Internet]. [consultado 23 Sep 2022] Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1

2. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. Características sociodemográficas de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017. Síntesis de Resultados. [Internet]. Chile. 2018. [consultado 23 Sep 2022] Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181126-sintesis.pdf>

3. Canales, Alejandro I. (2019). La inmigración contemporánea en Chile. Entre la diferenciación étnico-nacional y la desigualdad de clases. *Papeles de población*, 25(100), 53-85. Epub 19 de junio de 2020. <https://rppobracion.uaemex.mx/article/view/12245/10269>

4. Gissi N, Andrade E. Migración venezolana reciente en Chile: inserción socioeconómica, comercio y redes intra e interétnicas en Santiago (2018-2021). *Si Somos Americanos*. 2022;22(2):130-152. doi: 10.4067/S0719-09482022000200130 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-09482022000200130

5. Micheletti S, Cubillos Almendra J, González Pavicich C, Valdés De La Fuente E. Inserción laboral de migrantes en los territorios agrarios de Chile: el caso de la región del Maule. *Cultura-hombre-sociedad*. 2019;29(1):33-58. doi: 10.7770/0719-

2789.2019.cuhso. 02.a03 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-27892019000100033

6. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/293270/Migration-Health-Key-Issues-.pdf

7. Armas R, Cabieses B, Wolff M, Norero C, Rodriguez J, Reyes H. Salud y proceso migratorio actual en Chile. Anales del Instituto de Chile, Vol. XXXVII. Academia de medicina chilena. 2018. [consultado 06 Oct 2022]. Disponible en: <http://www.academiachilenademedicina.cl/wp-content/uploads/2019/01/salud-y-proceso-migratorio.pdf>

8. Vásquez-de Kartzow Rodrigo, Castillo-Durán Carlos. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2012 Ago [citado 2023 Sep 08]; 83(4): 366-370. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000400007>

9. Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Mendoza Tascón Laura Isabel, Arias Guatibonza Martha Deyfilia, Peñaranda Osipina Claudia Bibiana. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Ago Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>

10. González R, Neira J, Daza P, Nien J, Oyarzún E, Piedra D, et al. La paradoja de la inmigración: las madres haitianas y latinoamericanas en Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019. [consultado 27 Oct 2022]. 84(6): 449-459. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600449&lng=es

11. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. Anuario de Estadísticas Vitales, 2018. [Internet]. [consultado 27 Oct 2022]. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estadísticas-vitales/anuario-de-estadísticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27_5

12. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008 Jan 5;371(9606):75-84. doi: 10.1016/

S0140-6736(08)60074-4. PMID: 1817778; PMCID: PMC7134569 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134569/>

13. Zeleke BM, Zelalem M, Mohammed N. Incidence and correlates of low birth weight at a referral hospital in Northwest Ethiopia. Pan Afr Med J. 2012; 12:4. Epub 2012 May 4. PMID: 22826729; PMCID: PMC3396870. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22826729/>

14. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, ROAM Collaboration; Alexander S, Blondel B, Buitendijk S, Desmeules M, Di Lallo D, Gagnon A, Gissler M, Glazier R, Heaman M, Korfker D, Macfarlane A, Ng E, Roth C, Small R, Stewart D, Stray-Pederson B, Urquia M, Vangen S, Zeitlin J, Zimbeck M. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. Soc Sci Med. 2009 Sep;69(6):934-46. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.06.027. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19664869/>

15. Comisión Nacional de Productividad. Calidad de datos y sistemas de información en salud pública. Chile. [Internet]. [consultado 27 Oct 2022]. Disponible en: https://cnepl.cl/wp-content/uploads/2021/01/nota_tecnica_ti_2021-final.pdf

Mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile durante 1999-2019.

Maternal mortality due to hypertensive disorders in Chile during 1999-2019.

Mikaela Duncan-Heinz¹, Amanda García-García¹, Anita Ruminot-Vidal¹, Dennis Bonnefoy-Hermosilla¹, Marla Siefert-Espinosa¹, María José Carrasco-Roa¹, Carlos Kilchemmann-Fuentes²

¹Interna Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor, Sede Temuco, Chile

²Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor, Chile. Matrón, Magíster en Epidemiología Clínica.

*Autor para correspondencia: mikaela.duncan@mayor.cl

RECEBIDO: 27 de Enero de 2023 
APROBADO: 26 de Octubre de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3626

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Mortalidad materna, preeclampsia, hipertensión, proteinuria e hipertensión en el embarazo.

Key words: maternal mortality, preeclampsia, hypertension, proteinuria, hypertension in pregnancy.

RESUMEN

Antecedentes: los trastornos hipertensivos son alteraciones fisiopatológicas frecuentes y graves. En Latinoamérica son responsables de casi el 26% de las muertes maternas, mientras que en Chile corresponden a la segunda causa de defunción materna, después de las enfermedades médicas concurrentes al embarazo. En efecto, a nivel nacional, se ha observado que las muertes maternas por esta patología han sido elevadas en comparación con las defunciones maternas por otras causas. El objetivo de esta investigación, por tanto, es analizar las razones de mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile entre 1999 y 2019.

Métodos: se realizó un estudio transversal de tipo ecológico de serie temporal. Se analizó el número de madres fallecidas por trastornos hipertensivos en el período 1999-2019 en Chile, excluyéndose las madres fallecidas por otras causas. Los datos se recopilaron del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud. Se empleó

estadística descriptiva y análisis bivariado mediante un modelo de regresión lineal simple. Para ello se utilizó el software STATA-16.

Resultados: de los datos analizados se obtuvo un total de 196 madres fallecidas por trastornos hipertensivos. La razón de mortalidad materna mayor fue de 5.8 en 2001, mientras que la menor razón de defunciones maternas se registró en 2003 y 2015, siendo de 1.6 en ambos años. Además, se observó una reducción significativa de 0.11 en promedio por año.

Conclusión: se observa una disminución en las razones de mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile, en el período 1999-2019.

ABSTRACT

Background: hypertensive disorders are frequent and severe pathophysiological alterations. In Latin America they are responsible for almost 26% of maternal deaths, while in Chile they correspond to the second cause of maternal death, after medical diseases concurrent with pregnancy. In fact, at the natio-

nal level, it has been observed that maternal deaths from this pathology have been high compared to maternal deaths from other causes. The objective of this research, therefore, is to analyze the reasons for maternal mortality from hypertensive disorders in Chile between 1999 and 2019.

Methods: a transverse study of ecological type of time series was performed. The number of mothers who died from hypertensive disorders in the period 1999-2019 in Chile was analyzed, excluding mothers who died from other causes. Data were collected from the Department of Health Statistics and Information, Ministry of Health. Descriptive statistics and bivariate analysis were performed using a simple linear regression model. The STATA-16 software was used.

Results: a total of 196 mothers died from hypertensive disorders were obtained. The highest maternal mortality rate was 5.8 in 2001; the lowest rate of maternal deaths was in 2003 and 2015, being 1.6 in both years. A significant reduction of 0.11 was observed on average per year.

Conclusion: there is a decrease in maternal mortality due to hypertensive disorders in Chile, in the period 1999-2019.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos son alteraciones fisiopatológicas frecuentes y graves que generan un aumento en la presión arterial y conllevan a complicaciones maternas y fetales (1). Dentro de las categorías de los trastornos hipertensivos podemos encontrar la hipertensión y sus subclásificaciones: la proteinuria y el edema en el embarazo (2, 3).

La hipertensión se define con rangos de presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, en dos tomas con un lapso de cuatro horas de diferencia. Ésta se subdivide en hipertensión inducida por el embarazo, o en >20 semanas de edad gestacional, la cual se puede dividir en preeclampsia y eclampsia. Otras subdivisiones son la hipertensión crónica detectada previo al embarazo o en <20 semanas de edad gestacional, la hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada y, finalmente, la hipertensión transitoria o gestacional sin proteinuria (4).

En tanto, la proteinuria está definida por “la presencia de proteínas en la orina”, la cual suele aumentar durante la gestación, sin diferencias importantes por trimestres. La mayoría de los investigadores concuerda en que la proteinuria debe ser mayor o igual a los 300 mg por día para ser considerada anormal (5).

Por último, está el edema, que se define como la acumulación de líquido en los tejidos corporales y que puede derivar en un edema patológico cuando compromete las extremidades superiores y el rostro (anasarca).

En Latinoamérica, los trastornos hipertensivos son responsables de casi el 26% de las muertes maternas y en Chile estos corresponden a la segunda causa de defunción materna (24,4%), después de las enfermedades médicas concurrentes al embarazo (6, 7). Cabe consignar que las defunciones maternas se definen como la muerte ocurrida durante el embarazo, parto o hasta los 42 días posteriores a este, producidas por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por algún accidente (8, 9).

Entre los años 1999 y 2019, en Chile las defunciones maternas causadas por trastornos hipertensivos han sido elevadas en comparación con defunciones maternas por otras causas, a modo de ejemplo al respecto, se evidencia que en el año 1999 ocurrieron 6 defunciones por complicaciones relacionadas al puerperio en comparación con las 14 defunciones por trastornos hipertensivos ese mismo año y en el 2019 se registraron 3 defunciones por las complicaciones en el puerperio en comparación con las 5 registradas por los trastornos hipertensivos (8). Ahora bien, entre 2014 y 2019 la mortalidad materna por trastornos hipertensivos varió entre 5 a 8 defunciones, el cual sigue siendo un valor destacable, ya que lo idóneo es que estas sean reducidas en lo posible a cero, por lo que es importante saber por qué a lo largo de los años no se ha logrado una mayor disminución en la cantidad de estas defunciones (10), más aún, teniendo en cuenta la existencia de protocolos actualizados para el diagnóstico y el tratamiento de esta patología, así como también, el fortalecimiento de los controles prenatales en atención primaria y simultáneamente, los controles de alto riesgo obstétrico a nivel secundario, para así prevenir futuros decesos y resultados adversos maternos y neonatales (10, 11).

Además de lo mencionado anteriormente, está la transición obstétrica, con la cual se observa que el panorama epidemiológico está cambiando y las principales causas de defunción materna se están modificando, al tiempo que baja la razón de mortalidad materna (12).

La transición obstétrica presenta cinco etapas: la primera se caracteriza por tener mortalidad materna y fecundidad elevadas y el predominio de causas directas de muerte materna (MM), junto a una gran cantidad de muertes atribuibles a enfermedades transmisibles (Razón de mortalidad materna (RMM) >1.000 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos). En la segunda etapa sigue existiendo mortalidad y fertilidad muy altas, similar a la etapa I, la diferencia radica en que una mayor cantidad de mujeres comienza a buscar atención en los centros de salud (RMM 300-999 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos). La tercera etapa destaca por tener mortalidad materna alta, fecundidad variable y siguen predominando las causas directas de mortalidad (RMM 50-299 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos). En la cuarta etapa ya se observan mayores cambios en comparación con las etapas anteriores, ya que esta se caracteriza por tener mortalidad materna moderada o baja, fecundidad baja y las causas indirectas de la MM adquieren mayor importancia, en especial las enfermedades no transmisibles. Un aspecto a considerar de la etapa cuatro es que se destaca la sobre-medicalización emergente como una amenaza importante para la calidad y la mejora de los resultados de salud, por lo que el disminuir aún más la mortalidad materna significa necesariamente mejorar la calidad de la atención. Por último, la quinta etapa es a lo que se aspira a nivel mundial, ya que en ella la RMM podría ser inferior a cinco muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, aunque estos niveles siguen siendo inciertos; en esta etapa la MM es muy baja, al igual que la tasa de fecundidad y las enfermedades no transmisibles/causas obstétricas indirectas son las principales causas de mortalidad materna (13). En base a lo descrito, se puede analizar que Chile se encuentra entre la tercera y cuarta etapa, esto si se observa el total de defunciones maternas independientes de su causa, aunque esta investigación se enfoca solo en la causal de muertes maternas por trastornos hipertensivos (8, 14).

Es importante mencionar que los países están experimentando la transición de etapas a diferentes velocidades, además de que han iniciado este proceso en diferentes períodos históricos.

Por lo mencionado previamente, es de suma importancia continuar investigando los factores que están provocando este desenlace y para ello, inicialmente, se deben conocer las razones estadísticas de mortalidad materna, por lo que este estudio es la base para futuras investigaciones respecto al tema.

En consecuencia, el objetivo de esta investigación es analizar las razones de la mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile entre 1999 y 2019.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal de tipo ecológico de serie temporal. Los antecedentes se recopilaron desde la base de datos de mortalidad materna por causa del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, la cual es pública y anónima. Desde esta base se extrajeron las variables de frecuencia de casos y razones de mortalidad materna por trastorno hipertensivo por cada año del periodo estudiado y se excluyeron las frecuencias de casos y razones de mortalidad materna por causas distintas a la antes mencionada. Los datos se vaciaron en una planilla Excel, luego de lo cual se realizó un análisis descriptivo de los datos y, posteriormente, un análisis bivariado mediante un modelo de regresión lineal simple, considerando como variable dependiente la razón de mortalidad materna y como variable independiente el año. Para esto se utilizó el software STATA 16.

RESULTADOS

De los datos analizados en este estudio se obtuvo un total de 196 mujeres fallecidas por trastornos hipertensivos, entre 1999 y 2019 en Chile. Según lo investigado, la razón de mortalidad materna más alta fue en el año 2001 (RMM 5,8), no obstante, se evidenció una disminución en 2003 (RMM 1,6) y en 2015 (RMM 1,6), siendo estos los dos años con el menor número de defunciones por los trastornos hipertensivos. Las razones de mortalidad materna variaron entre las razones mencionadas con anterioridad (1,6 y 5,8) en este mismo periodo de tiempo, es decir entre 1999 y 2019.

Entre los años 1999 y 2013 se observaron disminuciones y alzas variables en el número de muertes maternas por trastornos hipertensivos, siendo 2001 -con 15 defunciones- el año con la cifra más alta obtenida en los veinte analizados en este estudio. Esta tendencia se modificó a partir de 2014, cuando el nú-

mero de defunciones fluctuó entre 4 a 8 durante los seis años siguientes, lo cual se puede observar en la tabla 1.

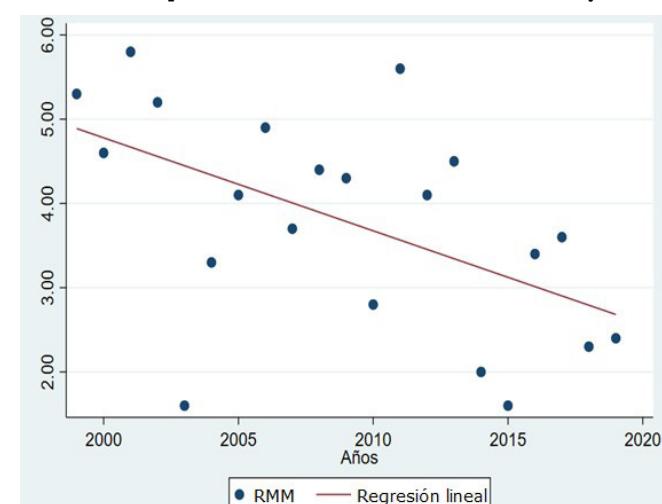
Si comparamos la mortalidad materna por trastornos hipertensivos de 1999 con la obtenida en 2019, se puede apreciar una disminución importante en las cifras, siendo un descenso de 14 (RMM 5,3) a 5 (RMM 2,4) defunciones respectivamente.

Al ejecutar un modelo de regresión lineal, se obtuvo un coeficiente de correlación de -0,11 en promedio por año ($p=0,013$), con un intervalo de confianza al 95% de 0,194 - 0,026 y un R^2 de 0,28. Al observar la pendiente de la figura 1 se puede apreciar el coeficiente de correlación, es decir, cuánto se modifica la variable dependiente (tasa de mortalidad materna por trastornos hipertensivos) al modificarse en una unidad la variable independiente (años). Esta pendiente en descenso indica que las razones han ido decreciendo a través de los veinte años analizados

Tabla 1. Defunciones maternas por trastornos hipertensivos en Chile, entre los años 1999-2019.

Año	Frecuencia	RMM
1999	14	5,30
2000	12	4,60
2001	15	5,80
2002	13	5,20
2003	4	1,60
2004	8	3,30
2005	10	4,10
2006	12	4,90
2007	9	3,70
2008	11	4,40
2009	11	4,30
2010	7	2,80
2011	14	5,60
2012	10	4,10
2013	11	4,50
2014	5	2,00
2015	4	1,60
2016	8	3,40
2017	8	3,60
2018	5	2,30
2019	5	2,40

Figura 1. Regresión lineal de la mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile, entre los años 1999 y 2019



DISCUSIÓN

Como se mencionó al principio de la investigación, los trastornos hipertensivos son una de las primeras causas de muertes maternas en nuestro país. La hipertensión afecta entre el 5% y 10% de los embarazos y su prevalencia ha ido en ascenso por el aumento de enfermedades cardiométrabólicas, previas a la gestación en mujeres en edad fértil y la condición de nuliparidad, siendo ambos factores de riesgo descritos en literatura chilena (15, 16, 17).

Durante el intervalo de años 2000-2009, Chile no logró reducir la tendencia de la mortalidad materna por trastornos hipertensivos, los cuales fueron la segunda causa de muerte materna en este período, siendo 46,7% de ellas debidas a eclampsia, revelando un inadecuado control prenatal y manejo intrahospitalario, especialmente cuando la cobertura nacional del control prenatal y la atención profesional del parto superan el 90% y 99% respectivamente (7). A pesar de que en esos nueve años no se redujo la tendencia de las muertes maternas, como se describió previamente, según lo expuesto en la Tabla 1, en el período desde 2010 a 2019 se observó una disminución en el número de defunciones por los trastornos hipertensivos, aunque no se ha logrado evitar del todo que estas sigan ocurriendo. Ahora bien, en el período de tiempo de 2013 a 2019, la disminución anual en la razón de mortalidad materna por trastornos hipertensivos se podría asociar, entre otras causas, a las políticas públicas que incorporó el Ministerio de Salud (MINSAL); dentro de estas acciones, se

encuentra la Guía perinatal (2015), la cual entrega lineamientos sobre la pesquisa y manejo del síndrome hipertensivo, adicionalmente, se han implementado diversas normas y protocolos locales con el objetivo de estandarizar el manejo a nivel terciario.

Por otra parte, las variaciones en las razones de mortalidad materna por trastornos hipertensivos también han sido expuestas en estudios investigativos, como en el estudio “Mortalidad materna en países de ingresos bajos y medianos” del año 2022 (18), donde se menciona que a pesar de una disminución del 38% de la mortalidad materna (entre sus causas los trastornos hipertensivos) en los últimos diez años, las cifras continúan siendo altas, lo cual continúa generando la preocupación de prevenir este tipo de desenlace. Es relevante mencionar que también en otros países como en Estados Unidos y Francia, esta patología representa de igual manera una proporción significativa en la mortalidad, como se comenta en el estudio “Trastornos hipertensivos en el embarazo” del año 2018 (19), en el que se evidencia un 10% de muertes maternas por esta causa en Estados Unidos, sumado al interés propio de este país en optimizar el manejo clínico de esta condición; así mismo, en el estudio “Muertes maternas por trastornos hipertensivos en Francia 2013-2015” del año 2020 (20), se revela que los trastornos hipertensivos fueron responsables del 2% de las muertes maternas, demostrando igualmente la oportunidad de enfatizar puntos importantes para resaltar el manejo médico.

Los resultados de esta investigación son similares a los estudios antes mencionados, ya que coinciden en que es clave optimizar y mejorar el manejo clínico, siendo fundamental plantear acciones que reduzcan las muertes maternas. Es por esto que es importante seguir investigando sobre esta patología en el embarazo, ya que contribuirá a los profesionales del área de salud a prevenir de manera temprana que esta situación siga ocurriendo y, de esta forma se podrá seguir disminuyendo el número de muertes maternas por trastornos hipertensivos a lo largo del país. Seguir investigando también puede dar pie al descubrimiento de una nueva manera de prevenir y/o tratar estos trastornos, tales como: la implementación de tiras reactivas de orina que detectan la proteinuria en cada control prenatal y la entrega de suplementos de calcio además del ácido fólico desde el inicio del embarazo, las cuales son mencionadas en el estudio "Prevenir muertes por trastornos hipertensivos del embarazo" del año 2016 (10).

Por todo lo mencionado anteriormente, el/la ma- trón/na tiene un papel fundamental en la reducción de casos de mortalidad materna por trastornos hipertensivos y por otras causas, debido a sus funciones en los diversos niveles de atención; ya sea en la prevención, pesquisa, derivación, manejos y cuidados integrales de la mujer desde el inicio de la gestación hasta el postparto.

La principal limitación de este estudio es que no se contaba con el acceso a los datos clínicos de los casos de defunciones reportados, los cuales permitirían estudiar factores de riesgo, pronósticos o de manejo clínico.

CONCLUSIONES

Los datos sugieren que se ha presentado una tendencia general a la disminución de la mortalidad materna por trastornos hipertensivos en Chile durante el período de estudio. Sin embargo, es importante continuar monitoreando y optimizando el manejo clínico de este grupo de patologías para mantener esta tendencia.

REFERENCIAS

- del año 2020 (20), se revela que los trastornos hipertensivos fueron responsables del 2% de las muertes maternas, demostrando igualmente la oportunidad de enfatizar puntos importantes para resaltar el manejo médico.

Los resultados de esta investigación son similares a los estudios antes mencionados, ya que coinciden en que es clave optimizar y mejorar el manejo clínico, siendo fundamental plantear acciones que reduzcan las muertes maternas. Es por esto que es importante seguir investigando sobre esta patología en el embarazo, ya que contribuirá a los profesionales del área de salud a prevenir de manera temprana que esta situación siga ocurriendo y, de esta forma, se podrá seguir disminuyendo el número de muertes maternas por trastornos hipertensivos a lo largo del país. Seguir investigando también puede dar pie al descubrimiento de una nueva manera de prevenir y/o tratar estos trastornos, tales como: la implementación de tiras reactivas de orina que detectan la proteinuria en cada control prenatal y la entrega de suplementos de calcio además del ácido fólico desde el inicio del embarazo, las cuales son mencionadas en el estudio "Prevenir muertes por trastornos hipertensivos del embarazo" del año 2016 (10).

 - 1. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO.** Trastornos hipertensivos del embarazo. Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2007; 50 (7): 446-55, Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-13108003>
 - 3. Organización Mundial de la Salud (2016).** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (10a ed). Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
 - 4. MINSAL. Chile. (2015).** Guia Perinatal. Santiago, Chile, ISBN: 978-956-348-076-4. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLI-CAR.pdf
 - 5. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 6. Suárez González Juan Antonio, Gutiérrez Machado Mario, Lorenzo González Belkis Cecilia.** Problemática de la muerte materna en Villa Clara. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Jul 06]; 38 (1): 28-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100004&lng=es
 - 7. Von Dadelszen P, Magee LA.** Preventing deaths due to the hypertensive disorders of pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2016 Oct;36:83-102. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.05.005. Epub 2016 Jun 28. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693416300311>
 - 8. Chen J, Ji Y, Su T, Jin M, Yuan Z, Peng Y, et al.** Prediction of adverse outcomes in DE Novo hypertensive disorders of pregnancy: Development and validation of maternal and neonatal prognostic models. Healthcare (Basel) [Internet]. 2022 [Cited June 28, 2023];10(11):2307. Available in: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10112307>
 - 9. Luna, D. , Martinovic, C.** Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2023 [Consultado 30 Jun 2023]; 34(10). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hipertension-embarazo-revision-literatura-S0716864023000081>
 - 10. Carvajal A. Barriga M., Manual de Obstetricia y Ginecología.** Decimocuarta Edición. 2023. ISBN N° 978-956-414-488-7. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_comprimido.pdf
 - 11. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 12. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 13. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 14. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 15. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 16. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
 - 17. Salas B, Montero F, Alfaro G, editores.** Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Vol. 5. Revista Médica Sinergia. 2020; 5. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>

18. Lawrence ER, Klein TJ, Beyuo TK. Maternal Mortality in Low and Middle-Income Countries. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022 Dec;49(4):713-733. doi: 10.1016/j.ogc.2022.07.001. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854522000559?via%3Dihub>

19. Sutton ALM, Harper LM, Tita ATN. Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Jun;45(2):333-347. doi: 10.1016/j.ogc.2018.01.012. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854518300123?via%3Dihub>

20. Dreyfus M, Weber P, Zieleskiewicz L. Maternal deaths due to hypertensive disorders. Results from the French confidential enquiry into maternal deaths, 2010-2012. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2017 Dec;45(12S): S38-S42. doi: 10.1016/j.gofs.2017.10.027. Epub 2017 Nov 6. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718917302581?via%3Dihub>

Tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna: una síntesis de evidencia.

*Treatments for cracked nipples while breastfeeding:
a synthesis of evidence.*

Ruth Prieto-Gómez¹, Camila Paredes-Díaz³, Alexandra Vega-Cifuentes³, Mariela Sáez-Yefilaf¹,
Araceli Saavedra-Sepúlveda²

¹Matrona. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Universidad de La Frontera. Chile.

²Matrona. Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera. Chile.

³ Internas Carrera de Obstetricia y Puericultura Universidad de La Frontera. Chile.

*Autor para correspondencia: mariela.saez@ufrontera.cl

RECIBIDO: 24 de Mayo de 2023
APROBADO: 31 de Octubre de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3722

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES..

Palabras claves: Lactancia materna, trastorno de la lactancia, pezón, glándula mamaria, lactation.
Key words: Breastfeeding, lactation disorder, nipple, mammary gland, lactation

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo actual recomendado a los profesionales de la salud para el tratamiento de las grietas en el pezón asociadas a la lactancia materna basado en la evidencia científica.

Material y métodos: Revisión de la literatura en diferentes bases de datos tales como Pubmed, Embase, Lilacs, entre otras. Aplicando filtros y criterios de selección, se obtuvieron 15 artículos en esta síntesis de evidencia.

Resultados: Las grietas del pezón se observan generalmente entre el tercer y el séptimo día después del parto y pueden continuar hasta por seis semanas, posicionándose como el segundo factor de abandono de la lactancia materna. En cuanto al origen, se ha demostrado que la posición y el acople incorrecto se consideran las causas más comunes que generan las grietas del pezón. No existe un único método para la prevención o tratamiento de las grietas en el pezón.

Conclusión: No se recomienda un tratamiento estándar para las grietas del pezón, sino que este dependerá del tipo de lesión. De acuerdo a esta revisión y evaluación de los artículos, la leche materna se considerará eficaz solo si el pezón está enrojecido y no hay pérdida de continuidad de la piel, si ese es el caso se recomienda mantener la zona limpia evitando la humedad para favorecer la cicatrización del tejido.

ABSTRACT

Objective: To describe the current management recommended to health professionals for the treatment of nipple cracks associated with breastfeeding based on scientific evidence.

Material and methods: Literature review in different databases such as Pubmed, Embase, Lilacs, among others. Applying filters and selection criteria, 15 articles were obtained in this evidence synthesis.

Results: Nipple cracks are generally observed between the third and seventh day after delivery and can continue up to six weeks later, ranking it as the second leading factor in the abandonment of breastfeeding. Regarding the origin, it has been shown that the position and incorrect coupling are considered the most common causes that generate nipple cracks. There is no single method for the prevention or treatment of cracked nipples.

Conclusion: A standard treatment for nipple cracks is not recommended, but it will depend on the type of injury. According to the present review and evaluation of the articles, breast milk can be considered effective only if the nipple is red and there is and there is no continuous loss of skin. If this is the case, it is recommended to keep the area clean avoiding moisture to promote tissue healing.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con más efectividad al desarrollo mental y físico del niño, brindándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) solo el 40% de los lactantes de cero a seis meses se alimentan exclusivamente de lactancia materna (2). En Chile, la lactancia materna exclusiva (LME), tiene una prevalencia del 73% durante el primer mes de vida, cifra que presenta una baja progresiva llegando a los tres meses a un 67% y a los seis meses a un 57% para el año 2017 (3). Dentro de las diversas complicaciones que se pueden desarrollar durante la lactancia materna se encuentran: el dolor al amamantar, micosis del pezón, infecciones bacterianas, congestión mamaria, grietas del pezón y otros (4).

Las grietas del pezón constituyen un problema, dado que a raíz de ellas pueden surgir otras complicaciones, tales como: destete temprano de la lactancia materna e incluso ausencia del establecimiento de la misma. Es por esto que la prevención y tratamiento eficaz para la fisura y el traumatismo del pezón resulta ser un factor importante para establecer una lactancia materna exitosa. En la literatura se describen diversos tratamientos para las grietas en el pezón, tales como: uso de leche materna, protectores mamarios, uso de lanolina, apósitos de hidrogel e incluso de polietileno, entre otros (5). No obstante, no existe un consenso sobre la efectividad de estos

tratamientos y actualmente gran parte del personal sanitario sigue perpetuando la utilización de estas técnicas sin evidencia.

Este artículo tiene como objetivo describir el manejo actual recomendado a los profesionales de la salud para el tratamiento de las grietas en el pezón asociadas a la lactancia materna basado en la evidencia científica, realizando una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura, utilizando fuentes primarias y secundarias, tales como Metabuscador de biblioteca Universidad de La Frontera, PubMed, Lilacs, Google Académico, Scielo, Embase y Cochrane.

Para la búsqueda se consideraron términos Mesh, Decs, Emtree y términos libres asociados a mujeres amamantando para la población. En cuanto a la exposición se utilizaron términos relacionados con grietas, injuria o heridas del pezón y para resultados, se consideraron términos asociados al establecimiento de la lactancia. La frase final de búsqueda para la base de datos con mayor número de resultados fue: (((“wet nursing”) OR (“Postpartum Period”[Mesh])) AND (((“Wounds and Injuries”[Mesh]) AND “Nipples”[Mesh]) OR (“Wounds and Injuries”[Mesh]) OR (“Nipples”[Mesh]))) AND ((“Breast Feeding”[Mesh]) OR (“Lactation”[Mesh])).

En fuentes secundarias se utilizaron tres filtros para delimitar los estudios, el primero fue el tiempo, se seleccionaron publicaciones entre el año 2012 y 2022. El segundo fue el idioma, se eligieron estudios en español, inglés y portugués, y por último, se filtró a través de una revisión rápida de los documentos, buscando que hicieran referencia específicamente a las grietas o fisuras del pezón durante la lactancia materna, descartando otras alteraciones y finalmente, se incluyeron 15 artículos. Los artículos fueron seleccionados según relevancia, utilizando como criterio aquellos que explicaran claramente el tratamiento utilizado para las grietas del pezón y la efectividad del mismo.

En el metabuscador se obtuvieron estudios tras la combinación de diferentes palabras claves y se aplicaron filtros de búsqueda en cuanto al tipo de recursos que fueron libros electrónicos, publicaciones académicas y publicaciones profesionales. El total de

estudios encontrados fueron 230, tras la aplicación de filtros se obtuvieron 72, entre los que se seleccionaron 2 por su relevancia.

En PubMed tras la combinación de diferentes palabras claves, el total de estudios encontrados fue de 131, tras la aplicación de filtros se obtuvieron 76 resultados, entre los cuales se seleccionaron 3 por su relevancia.

Sobre la base de datos LILACS se realizó búsqueda con los términos utilizados en PubMed, el resultado fue de 9 artículos, con la aplicación de filtros se obtuvieron 4, sin embargo, 3 eran duplicados por lo que no se consideraron por su relevancia.

En cuanto a Google académico, el total de artículos encontrados fue de 2.320, al aplicar los filtros se obtuvieron 35 resultados, de los cuales se seleccionaron 2 por su relevancia.

En la base de datos Scielo el total de artículos encontrados fue de 11, tras la aplicación de filtros se obtuvieron 9, de los cuales 2 ya se encontraban duplicados, por lo que se seleccionaron 3.

En Embase se realizó la búsqueda tras la combinación de diferentes palabras claves, el total de artículos encontrados fue de 44, tras la aplicación de filtros 35, de los cuales se seleccionaron 2 por su relevancia.

En Cochrane el total de artículos encontrados fue de 7 tras la aplicación de filtros se obtuvieron 2, de los cuales se seleccionó uno por su relevancia.

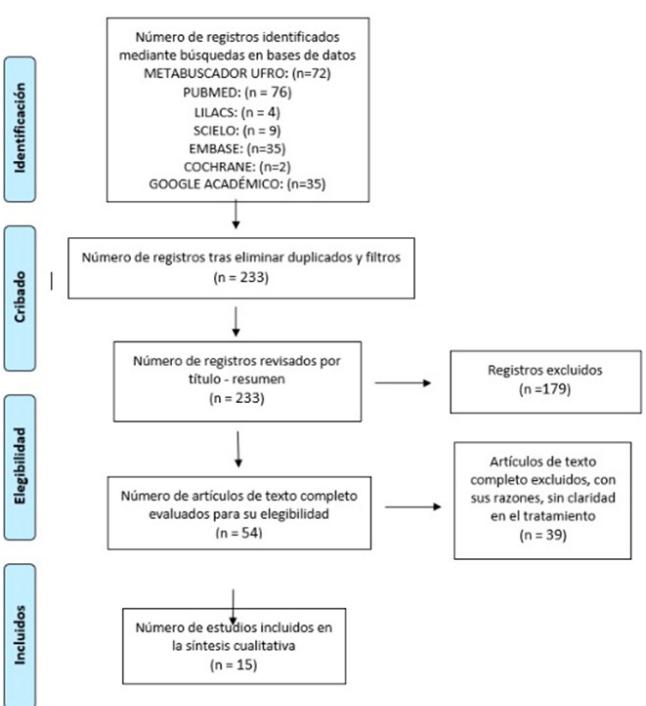
Finalmente, también se incluyeron fuentes primarias de información tales como blogs de expertas en lactancia, manuales institucionales y libros.

RESULTADOS

1. Grietas del pezón

Las grietas del pezón se observan generalmente entre el tercer y el séptimo día después del parto y pueden continuar hasta seis semanas después, posicionándose como el segundo factor de abandono de la lactancia materna (5,6). Actualmente, en la literatura no existe un consenso para una definición general de grietas, debido a que se presentan diversas formas y clasificaciones. En esta misma línea, desde la mirada dermatológica las lesiones se refieren a cambios de color, contenido (líquido, sólido) y espe-

Figura 1. Diagrama de flujo de revisión, basado en formato prisma.



sor de la piel, por lo tanto, las grietas corresponden a una modificación de la dermis del pezón, que no solo tiene relación con la continuidad de la piel (7).

Según los investigadores, la lesión entre los traumatismos del pezón puede existir del tipo eritema, caracterizándose por un cambio del color normal de la piel del pezón a rosa o rojo. No obstante, en la práctica clínica, existe un área de hiperemia y que no presenta ruptura en la piel. Para otro grupo de investigadores, puede definirse como una lesión alta, con contenido líquido y cambio en la forma de la piel que puede ser de color blanca, amarillenta o roja.

Ahora bien, en cuanto a la lesión tipo fisura, existen diferencias y similitudes referentes a la conceptualización, forma, afectación tisular, tamaño y localización. Al comparar los estudios de muestra y la literatura, la fisura fue definida como una solución de continuidad con pérdida de tejido lineal o en forma de hendidura. Sin embargo, con respecto al tejido afectado, un investigador afirmó que en la lactancia materna hay pérdida de epidermis; mientras que, para otro, el tejido afectado es la epidermis y podría también ser la dermis. Por lo tanto, existe una falta de consenso en cuanto a la afectación tegumentaria de una fisura.

En la práctica clínica, se observan diferentes tamaños de la fisura; sin embargo, se hace difícil definir, tras la inspección, la profundidad del tejido afectado. Otros signos que pueden contribuir al diagnóstico de la profundidad de la fisura del pezón corresponden a: presencia de sangrado, exudado, pus, costras e incluso el dolor, ya que el sangrado, la formación de costras o el pus pueden indicar compromiso de la dermis (8).

En cuanto al origen, se ha demostrado que la posición y el acople incorrecto se consideran las causas más comunes que generan las grietas del pezón (5,6). El mal acople del recién nacido ocasiona las grietas al agredir el pezón con sus encías o al comprimir con la lengua contra el paladar duro (5). Existen otros factores que generan grietas: la infección del pezón, sobre todo por *Staphylococcus aureus* y *Candida albicans*, el frenillo corto, la lengua pequeña del bebé, la falta de exposición a la luz solar, entre otros (6). Las grietas o fisuras en el pezón pueden ser una puerta de entrada para las bacterias, lo que podría conducir a alteraciones más graves, como abscesos y mastitis (9).

2. Tratamientos

2.1 Lanolina

A pesar de ser uno de los productos más recomendados en las maternidades, no demostró ser más efectivo que el aceite de oliva o la propia leche materna (9). En otro estudio se sostiene que provoca el desarrollo del crecimiento bacteriano y aplazamiento de la cicatrización, probablemente al mantener el entorno húmedo (6).

No está claro si la intervención de lanolina combinada con educación para la salud tiene un efecto positivo en la prevención del dolor y el traumatismo en los pezones. Se necesitan más investigaciones para dilucidar esto (10).

3. Hidrogel

El hidrogel se genera a partir de compuestos poliméricos de almidón y es efectiva para el tratamiento de heridas con pocas secreciones. En este caso, el hidrogel acelera el crecimiento de nuevos tejidos debido a que crea un entorno húmedo y disminuye el dolor al proporcionar una superficie fría alrededor de la herida (6). No obstante, se evidenció la aparición de infecciones secundarias cuando se usa

de forma inadecuada, debido a esto se requiere una correcta educación de las usuarias para su manejo correcto (5).

4. Aceite de oliva

El aceite de oliva está compuesto por una amplia variedad de flavonoides, y polifenoles, oleuropeína oleocantol. Se ha determinado que la oleuropeína, el principal polifenol del aceite de oliva, posee propiedades antioxidantes y antiinflamatorias. Además, el oleocantol ejerce actividades antiinflamatorias y analgésicas al inhibir las vías de biosíntesis de la ciclooxygenasa y la prostaglandina (6). Se ha establecido que ayuda a prevenir y tratar heridas por sus compuestos antibacterianos y antifúngicos, además de ser un método económico no farmacológico, por lo que podría ser ventajoso para prevenir y tratar problemas en el pezón (11,12). En un estudio se concluye que el aceite de oliva es igual de eficaz que la leche materna para el tratamiento de las grietas en el pezón en mujeres multíparas y es más eficaz que la leche materna en mujeres primíparas (13).

5. Aceite de coco

El aceite de coco se caracteriza por su riqueza en ácidos grasos saturados (ácido láurico, ácido mirístico, ácido palmitico, ácido caprílico, ácido cáprico y ácido esteárico). Además, contiene ácidos grasos esenciales como el ácido oleico y el ácido linoleico, en menor proporción (14). Los estudios en animales, han demostrado su capacidad para acelerar la cicatrización de heridas y su capacidad para eliminar algunas bacterias, hongos y virus (15). Sus compuestos hidratantes y reparadores contribuyen a aliviar la piel inflamada y agrietada de los pezones, además sus ácidos grasos de cadena media, sumado a los antioxidantes y agentes antimicrobianos, protegen esta área ayudando a aliviar el dolor (16). No se encuentran estudios que avalen, en humanos, el uso de aceite de coco.

6. Leche materna

La leche materna es otro tema de interés que ha sido discutido en la literatura, ya que es un recurso sencillo, accesible y seguro con propiedades antiinflamatorias y antibacterianas que podría prevenir el daño en el pezón si se aplican gotas de leche materna a su alrededor, sin embargo, se han obtenido resultados contradictorios en cuanto a su superioridad con otros métodos naturales no farmacológicos (11). Se afirma que, si bien favorece el crecimiento y re-

paración de las células, se requiere de un tiempo más prolongado en comparación con otros tratamientos (5). En otras revisiones, se señala que la leche materna tiene una microbiota propia, por lo que al ser aplicada en una herida abierta puede provocar una sobre infección (17).

7. Dexpantenol

En esta misma línea, dentro de los posibles tratamientos utilizados para las lesiones del pezón se mencionan las cremas a base de Dexpantenol (18) que es un factor vitamínico del grupo de las vitaminas B, el cual, refuerza la protección natural de la piel, estimula a las células que regeneran la piel y acelera el proceso natural de curación. En un estudio se menciona que brinda efectos sobre la estimulación del crecimiento epitelial del pezón agrietado, por lo que podría ser beneficioso para su tratamiento (5).

8. Pezoneras

Por otro lado, se encuentran las pezoneras, las cuales en un estudio se establece que por su composición favorecen una acción antibacteriana eficaz que ayuda a la cicatrización (18). Sin embargo, en otra investigación, se enfatiza en que el uso de pezoneras no ayudó a disminuir el dolor asociado a grietas del pezón y que incluso, aumenta las lesiones por roce (19).

9. Pezoneras de plata

En cuanto a las pezoneras de plata (figura 2), su composición garantiza una acción antibacteriana y cicatrizante. El efecto curativo indirecto de la plata se atribuye a la creación de un ambiente húmedo en la superficie de la herida y, finalmente, a la duplicación y migración de las células epiteliales en el sitio afectado (20). En un estudio se determinó que el tratamiento fue más efectivo que las gotas de leche materna extraída (18) contribuye a la cicatrización y evita que exacerbe la fisura, puesto que la aísla en un espacio húmedo e hipóxico evitando así, el crecimiento de microorganismos aerobios (5).

Figura 2: Pezoneras de plata



10. Fototerapia

La fototerapia, en el rango de 630 a 1000 nm, es una herramienta eficaz en la regeneración del tejido al aumentar la proliferación de fibroblastos, la síntesis de colágeno, así como estimular la angiogénesis y la producción de factor de crecimiento, los resultados sugirieron que la fototerapia reduce la gravedad del dolor y el tamaño de la herida del pezón (20). En relación con la terapia láser de bajo nivel, se concluye que reduce significativamente el dolor durante la lactancia materna, pero no la disminución del tamaño de la lesión ni el tiempo de curación de estas (18) (20).

11. Plantas o hierbas medicinales

11.1 Aloe vera: Por las combinaciones como el polisacárido de glucomanano, las carboxipeptidasas, la glucosa y todo tipo de vitaminas que contiene, tiene propiedades antioxidante, antibacteriano, antifúngico, antiinflamatorio y curativo. En una investigación, el gel de Aloe vera fue más eficaz en la cicatrización de la fisura del pezón que la pomada de lanolina sola y la leche materna, además de los beneficios curativos que presenta como efectos antiinflamatorios y analgésicos, este actúa como agente antimicrobiano (5).

11.2 Menta: La menta posee propiedades antisépticas y cicatrizantes, por lo que es indicada para limpiar heridas, evitar infecciones y favorecer una adecuada cicatrización. Los resultados mostraron que el gel de menta fue más efectivo en la prevención de la fisura del pezón como en el tratamiento de cicatrización de las mismas que la lanolina y la leche materna (5).

11.3 Mático: El mático es una de las plantas más apreciadas en medicina popular por sus propiedades antibacterianas, cicatrizante, antiinflamatorio y analgésico, hacen posible su uso como infusión a temperatura ambiente, no obstante, como crema no se recomienda, ya que mantiene exceso de humedad en la herida y al retirarla se arrastran todas las células cicatrizantes (15).

DISCUSIÓN

De acuerdo a la revisión bibliográfica, se puede establecer que existen diversos métodos para la prevención o tratamiento de las grietas en el pezón. Diversos autores sostienen que, mediante el uso de productos farmacológicos, naturales y más la atención profesional, es posible prevenir dicha dificultad

durante la lactancia (5,11,18). Niazi et al., afirma que la lanolina, es un método que posee propiedades antiinflamatorias y de curación de heridas en un entorno húmedo y de protección a la piel, debido a que proporciona una barrera que disminuiría la cantidad y duración de tiempo a exposición de mediadores dolorosos como la bradicinina e histamina (6). En cambio, Jarauta sostiene que el uso de la lanolina por sí sola, tiene una eficacia disminuida, sobre todo en comparación a la aplicación de leche materna en combinación con pezoneras de silicona (18), lo cual en cierta medida concuerda con Dennis, quien sostiene no haber encontrado diferencias claras en el dolor del pezón (uno a tres días, cuatro a cinco días, o seis a siete días después del tratamiento) entre las pacientes que aplicaron lanolina o nada en los pezones (21). Otro autor menciona que la lanolina propicia el desarrollo del crecimiento bacteriano y el aplazamiento de la cicatrización, probablemente al mantener un entorno húmedo, además de no disminuir el dolor de las grietas y desencadenar efectos como ardor, prurito y sobreinfección (6).

En síntesis, de acuerdo con la revisión bibliográfica, se establece que el uso de la lanolina como tratamiento de las grietas del pezón aún se posiciona como un tema controversial. Se requieren más estudios para determinar si actúa como una medida farmacológica de alivio de dolor o, por el contrario, como un agente externo que incrementa las molestias asociadas a grietas. Es importante destacar, el uso del Dexpantenol debido a que la información que se entrega es limitada y en comparación con el uso de la lanolina no se encontraron diferencias significativas.

Otro artículo en el que se abordaron tratamientos tópicos para la prevención y el alivio de la fisura del pezón y el dolor en mujeres que amamantan, sostiene que el uso de Hidrogel, el cual es producido a partir de compuestos poliméricos de almidón, es eficaz para el tratamiento de heridas con pocas secreciones. Ahora bien, también se destaca el uso de apósito de hidrogel por su practicidad al momento de separarlo del pezón, debido a que se desprende con facilidad sin dañar la herida (6). La eficacia de los apósitos de hidrogel es reafirmada por De la Hoz, quien menciona que el uso de esta medida, en combinación con la lanolina, contribuye a la disminución de dolor y trauma en las grietas del pezón (5).

Otro método que se describe como competente en el artículo de Marrazzu, es el uso de pezoneras de plata, las cuales ofrecen una acción antibacteriana eficaz y a la vez cumplirían una función cicatrizante y disminución de dolor (20). Por otro lado, en relación al uso de pezoneras de silicona junto a la aplicación de gotas de leche extraída, determinó que potenciaba su efectividad (12), sin embargo, Medina sostiene que el uso no disminuye el dolor asociado a grietas del pezón e incluso aumenta las lesiones por roce (19).

En relación con los tratamientos, en un artículo que compara los efectos del aceite de oliva y la leche materna sobre la prevención de problemas en los pezones, se menciona que ambos tratamientos se pueden utilizar como un método alternativo de forma segura y útil para mantener la integridad de la piel y alrededor del pezón. Niazi además afirma que ayuda a reducir el dolor, en consecuencia, mejorará la capacidad de amamantar y la comodidad de las madres (6,11). Por otro lado, también se mencionan las propiedades del aceite de coco en el manejo de grietas del pezón, sin embargo, entre sus usos se enfatiza su efecto comedogénico que podría hacer contraproducente su uso en el tratamiento de las grietas del pezón, además de no tener estudios en humanos (22,23).

Respecto al uso de la leche materna sobre las grietas en el pezón, uno de los artículos establece que favorece el crecimiento y reparación de las células (5). Otro estudio menciona que favorece el proceso de cicatrización, tiene propiedades antisépticas y reparadoras, pero no ha demostrado ser eficaz si su aplicación se realiza por sí sola en la zona afectada del pezón (12). Otra limitación señalada es que es un tratamiento de acción lenta (6), además se suele recomendar a todas las mujeres sin considerar el motivo o tipo de grieta, si es una herida abierta esto podría provocar una infección por las bacterias presentes en la leche materna (17,24).

En esta revisión, se mencionan las propiedades de hierbas tales como la aloe vera, sin embargo, por su contenido en antraquinonas, puede provocar diarreas y cólicos a los lactantes. La menta como esencia, puede ser efectiva para el dolor y el mático, por sus propiedades antibacterianas, cicatrizantes, antiinflamatorias y analgésicas pueden ayudar. Sin embargo, el uso de las hierbas, no está recomendado en

menores de 2 años por el riesgo de botulismo, por lo que su uso estaría supeditado al retiro previo a la toma y en consecuencia perpetuaría un ambiente húmedo no propicio para la cicatrización de la herida (25)(26).

Además de los tratamientos mencionados, los estudios concuerdan que el adecuado acople entre la boca del bebé y el pezón de la madre es uno de los mecanismos más eficaces para evitar la aparición de grietas, por lo que es fundamental la educación prenatal y capacitaciones a los profesionales del área de la salud, lo que ayudaría a reducir los problemas de lactancia, favoreciendo el éxito de esta. Es por esto, que los profesionales tienen un rol crucial en la prevención y manejo de las dificultades que se pudieran presentar durante esta práctica, requiriendo conocimientos, actitudes y habilidades específicas.

CONCLUSIONES

De este modo, un tratamiento rápido y eficaz, es de vital importancia para la fisura y traumatismo del pezón, puesto que ayuda a establecer una lactancia materna exitosa y disminuye la aparición de complicaciones mayores como la mastitis (5). No se recomienda un tratamiento estándar para las grietas del pezón, sino que este dependerá del tipo de lesión. De acuerdo con la presente revisión y evaluación de los artículos, la leche materna se puede considerar eficaz solo si el pezón está enrojecido y no hay pérdida de continuidad de la piel, sin embargo, si ese es el caso se recomienda mantener la zona limpia evitando la humedad para favorecer la cicatrización del tejido.

Las recomendaciones de acuerdo a esta revisión son las siguientes:

- Actualización en lactancia materna del personal de salud, con el fin de realizar una educación pre y posnatal que permita disminuir el riesgo de padecer grietas en el pezón o cualquier otra complicación.
 - Tratar las grietas del pezón de acuerdo a su origen y tipo de lesión, no recomendando un tratamiento estándar.
 - Identificar las causas de las grietas y valorar la técnica de lactancia.
 - Contar con clínicas de lactancias que ayuden a tener un tratamiento precoz evitando complicaciones más severas.
5. **De la Hoz Cáceres D, Jiménez-García JF, Rosanía-Arroyo S, Vásquez-Munive M, Álvarez-Miño L.** Revisión sistemática de las causas y tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna. Entramado [Internet]. 2019 Jun 30 [cited 2023 Apr 12];15(2):218-28. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-3803201900200218&lng=en&nr_m=iso&tlng=es
6. **Niazi A, Baradaran Rahimi V, Askari N, Rahamanian-Devin P, Askari VR.** Topical treatment for the prevention and relief of nipple fissure and pain in breastfeeding women: A systematic review. *Adv Integr Med.* 2021 Dec 1;8(4):312-21.

- Trabajar de forma interdisciplinaria con el equipo de salud cuando el dolor y las grietas sean causadas por una alteración anatómica y/o motricidad orofacial.

Para finalizar, recalcar el valor que tiene la matrona/matrón, en la atención de la mujer en el puerperio y lactancia, siendo este el periodo en que la prevalencia de grietas se concentra mayoritariamente. El rol en la pesquisa, tratamiento y contención emocional es de suma importancia entre los profesionales de la matronería, haciendo necesaria la actualización continua a fin de entregar una atención de excelencia.

REFERENCIAS

1. **Ministerio de Salud G de C.** Lactancia Materna [Internet]. [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.minsal.cl/lactancia-materna/>
2. **Organización Mundial de la Salud.** Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. **Ministerio de Salud G de C.** Semana Lactancia Materna [Internet]. [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.minsal.cl/semana-lactancia-materna/>
4. **Ministerio de salud de Chile.** Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. 2010.
5. **De la Hoz Cáceres D, Jiménez-García JF, Rosanía-Arroyo S, Vásquez-Munive M, Álvarez-Miño L.** Revisión sistemática de las causas y tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna. Entramado [Internet]. 2019 Jun 30 [cited 2023 Apr 12];15(2):218-28. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-3803201900200218&lng=en&nr_m=iso&tlng=es
6. **Niazi A, Baradaran Rahimi V, Askari N, Rahamanian-Devin P, Askari VR.** Topical treatment for the prevention and relief of nipple fissure and pain in breastfeeding women: A systematic review. *Adv Integr Med.* 2021 Dec 1;8(4):312-21.
7. **Catalán V.** Lesiones elementales [Internet]. 2017 [cited 2023 May 3]. Available from: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-dermatologia/103-revision/r-dermatologia/2054-lesiones-elementales>
8. **Possato Cervellini M, Antar Gamba M, Pereira Coca K, Freitas de Vilhena Abrão A.** Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar novo para um problema conhecido. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 12];48(2):346-56. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bf4pLKX95sCLWnXgnDpPRsN/?lan=g-pt&format=pdf>
9. **Fructuoso L.** Lactancia materna y grietas en el pezón: tratamiento y prevención. *Rev Electrónica PortalesMedicos.com* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 3];XV(24). Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lactancia-materna-y-grietas-en-el-pezon-tratamiento-y-prevencion/>
10. **Oliveira FS, Vieira F, Guimarães JV, Aredes NDA, Campbell SH.** Lanolin and prenatal health education for prevention of nipple pain and trauma: Randomized clinical trial. *Enferm Clin.* 2021 Mar 1;31(2):82-90.
11. **Sağlık DK, Kısacık ÖG.** Comparison of the effects of olive oil and breast milk on the prevention of nipple problems in primiparous breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Health Care Women Int* [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 12];42(4-6):877-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33290192/>
12. **Karaçam Z, Sağlık M.** Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. *Turk Pediatr Ars* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Apr 12];53(3):134-48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30459512/>
13. **Agea Cano I, Calero García MJ, Ceballos Fuentes AG, Linares Abad M.** Eficacia del aceite de oliva ecológico en las grietas del pezón y dolor durante el amamantamiento. *Evidentia Rev enfermería basada en la evidencia, ISSN-e 1697-638X, Vol 18, No 18, 2021* [Internet]. 2021 [cited 2023 May 3];18(18):31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8467061&info=resumen&idioma=ENG>
14. **Pharma TH.** Estudios Científicos sobre los principios activos de la línea higienizante [Internet]. Thader Pharma. 2020 [cited 2023 May 3]. Available from: https://thaderpharma.com/pdf/higienizante_dossier_principios_activos_es_th_pharma.pdf
15. **Fundación La Comunidad de La Leche.** Grietas del pezón. ¿Por qué se producen? [Internet]. 2020 [cited 2023 May 3]. Available from: <https://www.facebook.com/comunidaddelaleche/photos/a.1254961671281659/2853457284765415/?type=3>
16. **Betancourth C.** Alivia los pezones agrietados utilizando estos 7 remedios caseros - Mejor con Salud [Internet]. 2022 [cited 2023 May 3]. Available from: <https://mejorconsalud.as.com/alivia-los-pezones-agrietados-utilizando-estos-7-remedios-caseros/>
17. **Roldán S.** Grietas en el pezón [Internet]. Maternaly. 2021 [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://maternaly.es/grietas-en-el-pezon/>
18. **Jarauta Ugalda M.** Tratamiento para las grietas en el pezón en la lactancia materna: Revisión Bibliográfica. Universitat de Lleida; 2018.
19. **Fernández Medina IM, González Fernández CT.** Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm Glob.* 2013;12(3):443-51.
20. **Marrazzu A, Sanna MG, Dessole F, Capobianco G, Piga MD, Dessole S.** Evaluation of the effectiveness of a silver-impregnated medical cap for topical treatment of nipple fissure of breastfeeding mothers. *Breastfeed Med* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2023 May 3];10(5):232-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25989381/>
21. **Dennis CL C, Jackson K, Watson J.** Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Dec 15 [cited 2023 Apr 12];2014(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25506813/>
22. **Evangelista MT, Abad-Casintahan F, Lopez-Villafuerte L.** The effect of topical virgin coconut oil on SCORAD index, transepidermal water loss, and skin capacitance in mild to moderate pediatric atopic dermatitis: a randomized, double-blind, clinical

trial. *Int J Dermatol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2023 May 3];53(1):100–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24320105/>

23. Karagounis TK, Gittler JK, Rotemberg V, Morel KD. Use of “natural” oils for moisturization: Review of olive, coconut, and sunflower seed oil. *Pe- diatr Dermatol* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2023 May 3];36(1):9–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pde.13621>

24. Guzmán S. Grietas en el pezón: Causas y tratamiento [Internet]. Me lo dijo la matrona. 2020 [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://melodijolamatrona.com/grietash-pezon-causas-tratamiento/>

25. Vásquez Munive M, Romero Cárdenas Á, Rivas Castro A. Prácticas colombianas galactogogas y tradiciones para evitar complicaciones mamarias: papel de enfermería. *Cienc y Salud Virtual*, ISSN-e 2145-5333, Vol 6, No 1, 2014 (Ejemplar Dedic a Rev Cienc y Salud Virtual), págs 14-24 [Internet]. 2014 [cited 2023 May 3];6(1):14–24. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6635352&info=resumen&idioma=SPA>

26. Ministerio de Salud G de C, Chile Crecce Contigo. Manual Orientaciones Técnicas para la Atención en Clínicas de Lactancia Materna. [Internet]. 2016 [cited 2023 May 3]. Available from: <https://www.creccecontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/OT.CLM-VF-4.pdf>

Percepción de los profesionales de Matronería sobre las estrategias para el fomento de la lactancia en neonatos hospitalizados.

Midwifery professionals' perceptions of strategies for the promotion of breastfeeding in hospitalized neonates.

Francisca Rojo-Lazo¹, Bárbara Abarca-Rivero², Daniela Becerra-Saa², Monserrat Cortez-Arévalo², Alexandra Echeverría-Vásquez², Loreto Nieto-González²

¹Matrona, Académica Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso.

²Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso.

*Autor para correspondencia: francisca.rojo@uv.cl

RECIBIDO: 07 de Junio de 2023 
APROBADO: 31 de Octubre de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3743

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.
ESTA INVESTIGACIÓN SE ENMARCA EN UNA TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.

Palabras claves: Percepción, lactancia materna, matrones, recién nacido, neonatología.
Key words: Perception, breastfeeding, midwives, newborn, neonatology.

RESUMEN

Introducción: la Organización Mundial de la Salud define la lactancia materna como la forma óptima de alimentar a los neonatos, ofreciéndoles nutrientes y protección contra las enfermedades. La leche materna es vital para el desarrollo de los neonatos hospitalizados, impactando positivamente en la evolución favorable de estos. Es así como la implementación de estrategias por parte de profesionales del área de la Neonatología impactará en el éxito futuro de la lactancia.

Objetivo: explorar la percepción de matrones y matronas sobre algunas estrategias utilizadas para el fomento de la lactancia materna en neonatos hospitalizados en Unidades de Tratamiento Intermedio de recintos hospitalarios de la Región de Valparaíso, Chile, entre los años 2018 y 2021.

Metodología: se realizó una investigación de tipo cualitativa con enfoque descriptivo que consideró la realización de siete entrevistas semiestructuradas a matronas que se desempeñaron en Unidades de

Tratamiento Intermedio de Neonatología, entre los años 2018 y 2021. Se realizó análisis de contenido a partir de las entrevistas realizadas.

Resultados: dentro de las estrategias más relevantes se encuentran el contacto piel con piel, disponibilidad de lactario, y la mantención de un equipo multidisciplinario actualizado y comprometido en apoyar la lactancia y la extracción domiciliaria o lactario móvil.

Conclusiones: se pueden destacar algunos aspectos en los que se debe trabajar, como la capacitación y la actualización de los profesionales que se desempeñan en Neonatología respecto a lactancia, inversión en recursos que apoyen este proceso y la construcción de una norma estandarizada para acompañar de forma integral a los recién nacidos hospitalizados que reciben leche materna.

ABSTRACT

Introduction: the World Health Organization defines breastfeeding as the optimal way to feed neonates, offering them nutrients and protection against disease. Breast milk is vital for the development of hospitalized neonates, having a positive impact on their favorable evolution. Thus, the implementation of strategies by professionals will have an impact on the future success of breastfeeding.

Objective: to explore the perception of midwives on some strategies used for the promotion of breastfeeding in hospitalized neonates in the Intermediate Treatment Unit, in hospitals of the Region of Valparaíso, Chile, in the years 2018-2021.

Methodology: qualitative research with descriptive approach was carried out, where 7 semi-structured interviews were conducted with midwives who worked in the Intermediate Treatment Units of Neonatology between 2018 and 2021. Content analysis was performed from the interviews.

Results: among the most relevant strategies were skin-to-skin contact, availability of a breastfeeding unit, maintaining an updated multidisciplinary team committed to supporting breastfeeding, and home pumping or mobile breastfeeding unit.

Conclusions: some aspects that should be worked on at the national level can be highlighted, such as training and updating of professionals working in neonatology regarding breastfeeding, investment in resources to support this process and the construction of a standardized norm to comprehensively accompany hospitalized newborns who receive breast milk.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es un fluido vivo y cambiante que se va adaptando a los requerimientos del niño o niña (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado y, también, protección contra las enfermedades (2).

En Chile, a fines de la década de 1970, la lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes de vida del recién nacido llegaba apenas al 5%. En 1986 bajó al 2%, pese a las campañas implementadas en los servi-

cios de salud. Como consecuencia de esto, en el país comenzaron a aplicarse diversas estrategias para promover el amamantamiento (3, 8), lo que permitió aumentar la tasa de LME en 2.4 puntos porcentuales anuales hasta alcanzar el 14% y, posteriormente, llegar a 38% durante los diez años siguientes (9, 10). Para 2017, a nivel nacional, la tasa de LME al primer mes de vida era de un 57% (11).

En los últimos años, no obstante, se observa un descenso de las tasas de lactancia materna en las unidades de neonatología debido a diversas situaciones, descendiendo desde un 54,3% en 2018 hasta un 38,4% en 2021 (11). En base a esto, queda de manifiesto que las tasas de lactancia materna en Chile han vuelto a exhibir una constante disminución, alejándose de la meta sanitaria esperada a nivel nacional.

Por lo anterior, y considerando que la alimentación con leche materna es vital para el desarrollo de los neonatos hospitalizados, dado que impacta positivamente en la evolución favorable de estos, (12, 13), y que la implementación de estrategias para promoverla en los diferentes servicios de salud son claves en el éxito futuro de la LME (14), este estudio busca explorar, desde las percepciones de profesionales de matronería, las acciones implementadas por parte de los mismos para el fomento de la lactancia materna durante los años 2018 y 2021 y, además, da a conocer las brechas existentes a causa de la pandemia y las oportunidades que perciben estos profesionales. Lo anterior permitirá fortalecer el rol de la matrona y matrón dentro de los servicios de neonatología, como agentes clave en el fomento de la lactancia materna en neonatos hospitalizando, considerando las dificultades y desafíos que aquello implica, además de la contribución en la mejora de calidad de vida de estos neonatos y sus familias.

Objetivos:

Objetivo general.

Explorar la percepción de matronas y matrones sobre algunas estrategias utilizadas para el fomento de la lactancia materna en neonatos de Unidades de Tratamiento Intermedio Neonatal (UTIN) de recintos hospitalarios de la Región de Valparaíso, entre los años 2018 y 2021.

Objetivos específicos.

- Conocer algunas de las estrategias más significativas utilizadas para fomentar la lactancia materna en las UTIN.

2. Indagar la implementación en esas unidades de algunas de las estrategias más significativas utilizadas para fomentar la lactancia materna.

3. Describir las fortalezas que perciben matronas y matrones sobre algunas estrategias utilizadas para fomentar la lactancia materna en las UTIN y recintos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo, del tipo descriptivo (15). Los participantes fueron siete matronas y matrones que se desempeñaban en Unidades de Tratamiento Intermedio de Neonatología de recintos hospitalarios de la Región de Valparaíso, durante los años 2018 y 2021, titulados de diversas universidades del país.

Criterios de Inclusión.

- Matrona o matrón que se desempeña en una Unidad de Tratamiento Intermedio del área de Neonatología durante los años 2018 y 2021.
- Matrona o matrón que trabaja en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota o el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Criterios de Exclusión.

- Falta de continuidad en las labores de matronas y matrones en UTIN del grupo de recintos hospitalarios seleccionados de la Región de Valparaíso, durante los años 2018 y 2021.

Para reclutar participantes se difundió por medio de redes sociales -como Facebook e Instagram- un afiche con los criterios de inclusión y objetivos de la investigación. Además, se realizaron visitas presenciales en los hospitales para reclutar participantes.

Para las entrevistas se elaboró un guion, el cual entrega un marco de diálogo, de manera de guiar la conversación hacia el logro de los objetivos, al tiempo que otorga un margen de libertad al entrevistador, para introducir preguntas, y los entrevistados para expresar sus pensamientos de forma más abierta (16).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas mediante la plataforma Zoom a los integrantes del grupo de estudio, las cuales tuvieron una duración aproximada de entre 20 y 30 minutos. Previo a la entrevista se hizo entrega de un consentimiento informado para lectura y firma por parte de los participantes.

Consideraciones éticas.

Las consideraciones éticas de esta investigación se enfocan en la protección de la identidad de las personas participantes de las entrevistas. Los datos de los entrevistados no serán revelados y estarán disponibles únicamente para las investigadoras. Estos archivos no llevarán los nombres de los entrevistados sino códigos que resguarden su identidad y datos personales, tales como: Profesional 1 = P1. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso (acta nº14/2022).

Análisis de los datos

Posterior a la transcripción de las entrevistas, se realizó la codificación de categorías apriorísticas: Luego se realizó un análisis de contenido de las respuestas obtenidas, el cual permite determinar categorías emergentes si las hubiera.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales.

Estrategias más significativas

Definida como las acciones que realizan los profesionales de matronería para fomentar la lactancia materna en neonatos hospitalizados en la unidad de tratamiento intermedio. De esta dimensión se desprenden los indicadores que se describen a continuación.

El profesional manifiesta haber dado educación a cuidadores.

La totalidad de las matronas y los matrones que participaron de esta investigación refirieron haber dado educación a los padres o cuidadores de los neonatos hospitalizados en UTI acerca de la lactancia, de la técnica adecuada, beneficios, extracción y conservación de la leche materna y también en relación con los horarios de visita.

- "... se le entrega a la mamá la educación previamente de cómo se va a hacer el proceso de dar pecho, se le entrega una batita, se le enseña a lavarse los pechos antes de amamantar y luego de eso se les entrega a los niños, para que podamos dar leche materna, todos los niños siempre tienen indicación de pecho, teniendo sonda, teniendo oxígeno, igual se les da pecho..." (E1).

El profesional manifiesta disponibilidad de lactario.

Con respecto a las entrevistas, sólo seis de los siete entrevistados mencionaron disponibilidad de lactario en el centro hospitalario respectivo.

- "... Ahora el lactario ya está en otro piso, es parte del hospital ya no es parte de la neo así que ahí pueden asistir todas las mamás incluso las de pediatría pero con más consideración que las mamitas de neonatología..." (E7).

Implementación de las estrategias

Esta dimensión da cuenta de la percepción de los entrevistados sobre la implementación de estrategias significativas que fomenten la LM en neonatos hospitalizados.

Implementación "adecuada" de las estrategias.

De las entrevistas realizadas, la totalidad de los profesionales que participaron mencionan que en los recintos hospitalarios se implementan de manera adecuada las estrategias según su percepción. Este indicador toma en cuenta cómo la implementación de estas ha contribuido y ayudado en la evolución del neonato hospitalizado.

- "... la atención centrada en la familia se nota mucho el cambio de ambiente entre la UCI y el intermedio, se marca mucho la diferencia digamos de la estabilidad del paciente y por supuesto también de la participación que se les da a los padres, los padres se sienten mucho más partícipes de la hospitalización de sus hijos..." (E2).
- "... entonces como que eso está 100% instaurado en el hospital, como que la lactancia materna es la leche gold standard en esta unidad como que eso no se ha ido bajando..." (E5).

Implementación "inadecuada" de las estrategias.

Por otro lado, tres de los profesionales que participaron en la investigación mencionaron que la implementación de las estrategias se ha visto dificultada debido a diversos factores.

- "... muchas veces las colegas y las personas que están super cercanas a los pacientes que son las TENS y profesionales médicos no están muy actualizados en cuanto a las nuevas estrategias de fomento y protección del niño en cuanto a la lactancia materna, porque como que nos quedamos en el pasado por ejemplo "15 minutos por cada lado" o se les olvida extraerle la

leche cada tal hora y uno tiene que estar como repitiendo constantemente "chiquillas, esta es la lactancia, es una leche super buena para los bebés", entonces como que falta actualizar los cambios y evidencia clínica en cuanto a la lactancia que hay muchos mitos que todavía se siguen metiendo en la educación..." (E5).

• "... Yo creo que de alguna manera hubo una baja en la pandemia de los pacientes que se iban a la casa no eran muchos que se iban con pecho materno..." (E7)

Modificaciones en la implementación de las estrategias durante los años 2018-2021.

Esta dimensión se relaciona con lo percibido por las matronas y matrones, como cambios en las estrategias ya implementadas en los centros hospitalarios desde 2018 hasta 2021.

Seis de los profesionales entrevistados mencionaron que se realizaron una serie de modificaciones en las estrategias implementadas durante los años ya mencionados, refiriendo que los cambios se efectuaron como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

- "... cambiaron los horarios, creo que antes eran un poquito más extendidos, luego en pandemia se acortaron y de verdad, nunca dejaron de cómo no funcionar, siempre siguieron funcionando..." (E1)
- "... en todo ese periodo de pandemia y estallido que fue bien caótico, nosotros no tuvimos visitas, se suspendió la LM, no existió el protocolo de calostro, entonces fue como retroceder un poco que ahora al fin se pudo retomar..." (E4)

Percepción de los profesionales de matronería que trabajan en UTI, en relación con las fortalezas en el fomento de la lactancia materna.

Conforme a esta dimensión, las fortalezas son aquellos atributos y recursos internos positivos, que se vinculan con el fomento de la lactancia materna, según la percepción de los profesionales. En esta dimensión se consideran los recursos físicos y económicos, así como el recurso humano.

Contar con profesionales de salud que apoyen en el fomento de la lactancia materna.

En relación con los entrevistados, cinco de ellos refieren contar con profesionales de salud que apoyen en el fomento de la lactancia materna en la Unidad de Tratamiento Intermedio.

- “... un coordinador de lactario exclusivo para el lactario en donde él se encarga de dar la educación, de coordinar a la madre, de evaluar cuando empiezan a bajar la producción de leche y esas estrategias nos han servido...” (E3)
- “... tenemos el apoyo del equipo de ChCC, de las fonoaudiólogas, y también fortalezas es que existen el personal suficiente en UTI...” (E4)
- “... y por ejemplo, si hay alguna dificultad con lactancia, sabemos que podemos pedir ayuda de fonoaudióloga, kinesióloga para estimular diferentes... ehh no sé, por ejemplo, terapias motoras que nos permitan más sobre la succión ¿cierto?, sobre la coordinación del bebé...” (E7)

Recursos materiales, físicos y económicos.

Con respecto a este indicador, tres de los profesionales de matronería refieren contar con implementos y espacios físicos para el fomento de la lactancia materna, incluyendo la extracción domiciliaria. Cabe señalar, que estos profesionales pertenecen al mismo recinto hospitalario.

- “... se llevan los implementos a la casa, copita para sacarse la leche, los frascos de mamadera, el cooler con el termómetro, se les entrega todo...” (E1)
- “... se les brinda un kit de extracción que trae un extractor manual, trae mamaderas, trae un cooler, unidades refrigerantes... ehh... para que ella pueda extraerse en la casa, trae termómetro también por supuesto para que ella pueda extraerse en la casa y en los horarios en que no está de visita, en que no asiste al lactario, en que no alimenta a su hijo al pecho...” (E2)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En base a las percepciones de los profesionales entrevistados, se tiene que ellos manifestaron que cuentan con un servicio de lactario que les permite a las madres poder extraerse leche. A su vez, indicaron que a estas últimas se les educa acerca de las técnicas adecuadas de extracción y se les concede flexibilidad horaria para que puedan entregar leche a sus hijos o hijas, y así permitir el proceso de lactancia, incluso cuando no pueden estar presentes. De esta estrategia destacan que es muy efectiva y beneficiosa para los neonatos que permanecen hospitalizados, en muchos casos por bastante tiempo.

Según la literatura (17), lo recomendado es establecer una política de visitas que permita a los padres el acceso a la UCIN las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana.

Un estudio publicado en 2022, basado en los Diez Pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, destacó que los profesionales de la salud afirman que el entorno de la UCIN debe ofrecer la posibilidad de que la madre permanezca con su bebé las 24 horas del día, que lo cuiden piel con piel, que se extraigan la leche materna y que lo amamante. Para facilitar eso, habría que disponer de una cama para los padres en todos los espacios de atención al lactante, junto con sillones cómodos, lugares de atención amplios con espacio para los hermanos y/o abuelos” (18).

Asimismo, los profesionales mencionan que las estrategias con las que cuentan en los recintos hospitalarios se implementaron de forma apropiada y, además, que éstas aportaron en forma favorable a la evolución de los neonatos que estaban hospitalizados en UTI. No obstante, indicaron que en algunos casos llevar a cabo las estrategias no era posible, debido a ciertos factores externos o a motivos propios de los profesionales.

Cabe recalcar que un factor importante en la implementación inadecuada de las estrategias de fomento de lactancia referida por los entrevistados fue la misma pandemia por el virus SARS-COV-2, debido a que generó que los recintos hospitalarios tuvieran que modificar las estrategias que tenían, ya sea, en la manera de aplicarlas, los horarios de visita de los padres y madres, el uso de lactario, entre otros, generando que no se realizarán de la forma esperada o planteada en un inicio.

Como muestra de esto, se inició la construcción de distintos protocolos y lineamientos por parte del Ministerio de Salud a nivel nacional y también, por parte de los hospitales a nivel local (19,20). A pesar de las limitaciones, se adaptó una forma para mantener la lactancia, por medio de la extracción domiciliaria; no obstante, se debe tener en consideración, que no todas las personas cuentan con los recursos para realizar extracción y conservación de leche materna en su hogar e inclusive, que desde los protocolos internos de algunos hospitales, se desecha la idea de traer lactancia extraída debido a falta de cuidados en la manipulación de esta y que el empleo del lactario, era exclusivamente para madres y neonatos catalogados como negativos para el virus SARS-COV-2.

AGRADECIMIENTOS

REFERENCIAS

bre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

3. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti: Sobre la Protección y Apoyo de la Lactancia Materna. [Internet]. 1990 [citado 11 agosto 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-declaracion_innocenti_1990.pdf

4. IHAN. Sesión 4: La base científica de los "Diez pasos para una lactancia exitosa". [Internet]. Paho.org. 2009 [citado 3 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IHAN--Seccion-2-4-Hojas-Didacticas.pdf>

5. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile. Ley 20.545: Modifica las Normas sobre Protección a la Maternidad e incorpora el Permiso Postnatal Parenteral. Octubre 2011. [citado 3 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1030936>

6. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile. Ley 20.869: Sobre Publicidad de los Alimentos. Noviembre 2015. [citado 3 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1083792>

7. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile. Ley 21.155: Establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio. Mayo 2019 [citado 3 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1131064>

8. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Internet]. Who.int. World Health Organization; 30 de diciembre de 2014 [citado 8 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-NMH-NHD-14-7>

9. Caro P, Guerra X. Tendencia de la lactancia materna exclusiva en Chile antes y después de la implementación de la Ley postnatal parental. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2018 [citado 7 noviembre 2022]; 89(2):190-5. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200190

10. Durán-Agüero S, Castro Villarroel P. Evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015: ¿Influyó el Permiso Postnatal Parental?

Rev esp nutr humana diet [Internet]. 2018 [citado 7 noviembre 2022];22(1):14-20. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452018000100014

11. Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso. Lactancia Materna en Menores Controlados. Valparaíso. 2020 [citado 10 diciembre 2021]. PROPIEDAD RESERVADA

12. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 10 diciembre 2021] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es

13. La Orden Izquierdo, E. Salcedo Lobato, I. Cuadrado Pérez, M. S. Herráez Sánchez, L. Cabanillas Vilaplana. Delay in the acquisition of sucking-swallowing-breathing in the preterm; effects of early stimulation. Nutr Hosp [Internet]. 2012;27(4):1120-6. [citado 22 noviembre 2021] Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/22_original11.pdf

14. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Actualización Comisión Nacional de Fomento de la Lactancia Materna (CONALMA). 2020. [citado 15 julio 2022] Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/R.E.-820-Actualiza-Comision-Nacional-de-Fomento-de-la-Lactancia-Conalma.pdf>

15. S.J Taylor, R. Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Vol. 34. 1984. p. 16. p. 20. [citado 19 abril 2022].

16. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index enferm [Internet]. 2010 [citado 10 octubre 2022];19(4):283-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011

17. Gerhardsson E, Oras P, Mattsson E, Blomqvist YT, Funkquist E-L, Rosenblad A. Health care professionals report positive experience with a breastfeeding training program based on the Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Intensive Care. J Neonatal Nurs [Internet]. 2022; [citado 25 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184122000230>

18. Chang Y-S, Beake S, Kam J, Lok KY-W, Bick D. Views and experiences of women, peer supporters and healthcare professionals on breastfeeding peer support: A systematic review of qualitative studies. Midwifery [Internet]. 2022;108(103299):103299. [citado 25 de noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822000511>

19. Albayrak S, Büyükgönenç LA. The impact of family-centered care interventions on neonatal and parental outcomes in a Turkish hospital. Collegian [Internet]. 2022;29(5):738-47. [citado 25 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769622000749>

20. Neonatología R de, Infectología R de, De Nutrición R, De Lactancia C, De Infecciones Neonatales CC, Grupo de Trabajo Asesor De Neonatología. Recomendaciones para la prevención y manejo del recién nacido. Pandemia COVID-19. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 25 noviembre 2022]; 91(7):1. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000700051&lang=es

21. Gerhardsson E, Oras P, Mattsson E, Blomqvist YT, Funkquist E-L, Rosenblad A. Developing the Preterm Breastfeeding Attitudes Instrument: A tool for describing attitudes to breastfeeding among health care professionals in neonatal intensive care. Midwifery [Internet]. 2021;94(102919):102919. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820302916>

Efectos de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de las mujeres: Revisión de Alcance.

Effects of COVID-19 pandemic on female sexuality: Scoping Review.

Ximena Farías-Vergara¹, Javiera Arias-Vásquez¹, Valentina Miño-Sandoval¹,
Emili Manosalva-Agurto¹, Marcela Marín-Salgado²

¹Estudiante de obstetricia y puericultura, Universidad de Talca

²Tecnóloga médica. Departamento de Salud pública, Universidad de Talca.

*Autor para correspondencia: mmarin@utalca.cl

RECIBIDO: 27 de Enero de 2023 
APROBADO: 07 de Noviembre de 2023

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3630

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: COVID-19, Sexualidad, Aislamiento social.
Key words: COVID-19, Sexuality, Social isolation.

RESUMEN

Introducción: la presente revisión de alcance pretende aportar en el conocimiento sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en el ámbito sexual de las mujeres.

Objetivo: conocer el efecto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de mujeres entre 18 y 30 años, explorando en las que se han sentido afectadas en el ámbito sexual.

Materiales y métodos: se realizó una revisión de alcance con el fin de conocer el efecto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de mujeres entre los 18 y 30 años, utilizando para ello criterios de elegibilidad y palabras clave, empleando principalmente el operador booleano "AND". La búsqueda se realizó en las bases de datos SciELO, Scopus y PUBMED.

Resultados: se observaron cambios en la función y en la satisfacción sexual, dificultades en los orgasmos y aumento en el uso de juguetes sexuales y pornografía.

Conclusiones: los estudios demuestran un deterioro en la sexualidad de las mujeres durante la pandemia, afectando la autopercepción personal y otros factores. Se sugiere asesoramiento profesional para poder mejorar la salud sexual femenina (afectada por el COVID-19 o en presencia de disfunción sexual).

ABSTRACT

Introduction: this scoping review aims to contribute to the knowledge about the impact caused by the COVID-19 pandemic on woman's sexuality.

Objectives: to know the effect of the COVID-19 pandemic on the sexuality of women between the ages of 18 and 30, exploring the that have been negatively sexually affected.

Methodology: a scoping review was carried out to know the effect of the COVID-19 pandemic on the sexuality of women from 18 to 30 years old. Eligibility criteria and keywords were utilized using the Boolean operator "AND". The search was carried out in different databases: Scielo, Scopus, and PUBMED.

Results: changes in sexual function, sexual satisfaction, orgasm problems, and increased utilization of sex toys, and pornography were observed.

Conclusions: studies show a deterioration in women's sexuality during the pandemic, affecting personal self-perception and other factors. Professional counseling is suggested in order to improve female sexual health (related to COVID-19 or in the presence of sexual dysfunction).

INTRODUCCIÓN

La sexualidad constituye un proceso dinámico y diverso que se expresa según las etapas del proceso vital, las costumbres y creencias (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como "un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción" (2).

Cuando se declaró la pandemia por COVID-19 emergieron dificultades desde distintos frentes: económico, social, emocional, sexual, entre otros. Diversas investigaciones evidencian que "uno de los comportamientos que pueden verse afectados por la cuarentena y el distanciamiento social son las relaciones sexuales" (3).

En cuanto al deseo y función sexual, variados estudios evidencian que los cambios sexuales predominantes durante la emergencia sanitaria se vieron en la población joven, en las relaciones de menor duración o en aquellas a distancia, que se evidenciaron problemas en salud reproductiva y sexual (4, 5). En Polonia, por ejemplo, se observó que el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y la media de las relaciones sexuales disminuyeron durante la pandemia (6). De forma paralela, en España, un estudio demostró que los hombres jóvenes incrementaron la frecuencia de masturbación y las actividades sexuales online durante el confinamiento (7).

En estudios europeos se evidencia una disminución del deseo y función sexual (8, 9). En Italia disminuyeron las relaciones sexuales debido a la poca privacidad y la falta de estímulos psicológicos (10). Una revisión detectó, además, "mayores riesgos de excitación sexual, orgasmo, satisfacción y trastornos de dolor", con un aumento de dificultad en función e insatisfacción sexual debido a una mayor prevalen-

cia de ansiedad y depresión en las mujeres durante ese período (11). De forma opuesta, en Turquía, el deseo y frecuencia sexual aumentaron durante la pandemia de COVID-19, pero aun así, la calidad de la vida sexual disminuyó significativamente (12).

Es importante comprender que "no sólo es el encierro en sí mismo el que dificulta que las personas puedan salir, realizar actividad física o mantener las redes de apoyo que tenían, sino cómo las medidas restrictivas, su fiscalización y el miedo a incumplir la norma generaron un gran impacto en la población, en sus cuerpos y/o bienestar" (13).

El presente trabajo busca aportar conocimiento sobre el impacto que causó la pandemia por COVID-19 en el ámbito sexual de las mujeres, especialmente por el gran recelo en esta parte de la población a hablar del tema, provocando que éstas modifiquen o escondieran sus comportamientos, afectividades, orientaciones o dudas sobre ello. La importancia de lo ocurrido se enmarca en la necesidad de exponer sus consecuencias, especialmente para concientizar a los profesionales de la salud sobre el tema, ya que pueden ser partícipes en la creación de estrategias preventivas y asesoramiento en el plano de la salud mental y sexual de la población.

Con la información recopilada de los estudios, se busca conocer el efecto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de las mujeres entre 18 y 30 años, explorando en las que se han sentido afectadas en el ámbito sexual durante esta pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó la metodología de revisión de alcance siguiendo las recomendaciones de PRISMA (Page et al., 2021). Para llevar a cabo la investigación, se determinaron diferentes criterios de elegibilidad, los cuales se detallan a continuación:

Criterios de elegibilidad

Se utilizaron los siguientes criterios de elegibilidad para los artículos:

Criterios de inclusión:

- Mujeres de entre 18 y 30 años.
- Período de pandemia: años 2020, 2021 y 2022.
- Estudios que incorporaron factores asociados a la sexualidad: relaciones de menor duración y/o frecuencia, disminución de la libido y/o deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, además, cualquier re-

visión sistemática o revisión de alcance que incluya cambios en la sexualidad durante los años 2020 y 2022.

Criterios de exclusión:

- Mujeres sin vida sexual activa.

Se escogieron estos criterios de elegibilidad porque se pretendía evaluar el cambio en la vida sexual que hubo durante el período de pandemia durante los años 2020, 2021 y 2022, que son considerados clave, porque la mayor parte de la población estaba confinada en sus hogares, dando también como resultado una mayor prevalencia de problemas en la vida sexual y salud mental.

Se incorporaron artículos que abordaran factores asociados a los cambios en la sexualidad descritos en los criterios de inclusión.

El algoritmo de búsqueda principal fue "Sexuality AND COVID-19", se puede ver con más detalle en la Tabla 1 la estrategia de búsqueda utilizada.

Búsqueda de la literatura científica

En mayo de 2022 se realizaron búsquedas de estudios publicados en las fuentes de datos: PUBMED, Scopus y SciELO. Éstas se efectuaron sin restricciones de idioma y en un rango entre los años 2020 y 2022, período de apogeo de la pandemia por COVID-19.

Respecto a la estrategia de búsqueda, se empleó principalmente el operador booleano "AND" para así conectar las palabras claves mencionadas con anterioridad. El mecanismo general de búsqueda se puede ver en detalle en la Tabla 1.

- Primera etapa de búsqueda de literatura: se realizó la búsqueda en las tres bases de datos mencionadas anteriormente con las estrategias de búsqueda expuestas en la Tabla 1.
- Segunda etapa: cada investigación se sometió a una evaluación de criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión), siendo revisado por pares el título y abstract de cada uno de los artículos arrojados en cada base de datos.
- Tercera etapa: se realizó evaluación a texto completo por tríos de acuerdo a los criterios de elegibilidad.
- Cuarta etapa: se valoró la calidad e inclusión por cuestionarios validados y que son de gran relevancia para el estudio. Estos cuestionarios de calidad son adaptados de Cochrane Collaboration data extraction form (14), JBI

Tabla 1. Mecanismo de búsqueda por base de dato utilizada.

Criterio/ Base de datos	SciELO	Scopus	Pubmed
Fecha de búsqueda	07/09/2022	07/09/2022	27/09/2022
Años in- cluidos	2020-2022	2020-2022	2020-2022
Estrategia de bús- queda	"Sexuality AND CO- VID-19"	"Sexuality AND COVID-19"	"Sexuality AND COVID-19"
Filtros	Colección: "Brasil", "Colombia", "México" y salud pú- blica.	Source title: "International journal of envi- ronmental re- search and public health", "Archives of sexual beha- vior", "Sexolo- gies"; Keyword: "COVID-19"; Year: "2020", "2021", "2022"	Text availability: "Abstract", "Full text" Language: "Inglés", "Portugués", "Es- pañol" Sex: "Female" Age: "Young adult: 19-24 años", "Adult: 19-44 años"
Número de artículos totales	13 estudios	27 estudios	12 estudios
Total de estudios	52 estudios		

Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (15), JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses (16).

RESULTADOS

Selección de fuentes de evidencia.

La búsqueda de literatura realizada tuvo como resultado un total de 52 estudios. En la figura 1 se explica detalladamente el proceso de recopilación de los artículos finales y su naturaleza, de acuerdo a Prisma (17). En cuanto a la selección de los documentos a trabajar, se resolvieron en tríos los artículos que quedaron seleccionados según texto completo. Hubo un acceso expedito para obtener los estudios revisados de forma gratuita y full text. También se resalta el hecho de que, en esta investigación, se utilizaron cuestionarios de calidad validados (14,15,16) y que son de gran relevancia, puesto que permitió la elección de los artículos de forma estricta a lo buscado por las investigadoras.

Los estudios de investigación se seleccionaron a través de tres diferentes bases de datos (PUBMED, ScieELO y Scopus) y se hizo un apartado de 52 estudios. Sin embargo, antes del tamizaje, fueron descar-

tados algunos artículos debido a que se encontraban duplicados y uno correspondía a una carta al director. De esta manera, quedó un total de 45 estudios seleccionados por título y resumen. Para continuar con el tamizaje, se aplicaron los criterios de inclusión mencionados anteriormente y se excluyeron 32 estudios, quedando finalmente 13 investigaciones evaluadas para elegibilidad por texto completo.

Figura 1. Flujograma de proceso de selección.



Siguiendo con el proceso se excluyeron 8 estudios, ya que, no contaban con los tipos de datos necesarios y en la mayoría de ellos la población del estudio no se mencionaba o no estaba dentro del rango, o el rango etario no correspondía a los criterios de inclusión. Finalmente se incluyeron 5 estudios a los que se les realizó una evaluación de calidad en profundidad, de los cuales 2 son cuantitativos, 2 revisiones sistemáticas y un estudio mixto.

A continuación se muestra en la tabla 2 la organización, síntesis y las características de los estudios, contemplando un total de 6 columnas, en las cuales se indica nombre del artículo y autor principal, año, país, diseño del estudio, número de mujeres participantes y evaluación de calidad.

Funcionamiento sexual.

Dentro de los principales resultados respecto del funcionamiento sexual destaca el artículo de Capponeto et al, 2022 (18), el cual indicó que las mujeres solteras tienen puntuaciones significativamente más altas que otras categorías en el "deterioro funcional" y en "hide score", debido a la preocupación del sujeto de ser descubierto presentando síntomas de adicción sexual. Según lo evaluado por SAST (Static Application Security Testing), se observó que

Tabla 2: Resumen de resultados

Nombre del artículo	Año	País	Diseño del estu- dio	Nº de mujeres partici- pantes	Evaluación de calidad
Sexual Addiction, Hypersexual Behavior and Relative Psychological Dynamics during the Period of Social Distancing and Stay-at-Home Policies Due to COVID-19, Capponeto, et al (18).	2022	Italia	Cuantitati- vo	730	Bajo riesgo de sesgo
Love in the Time of COVID-19: A Multi-Wave Study Examining the Salience of Sexual and Relationship Health During the COVID-19 Pandemic, Pollard E, et al (19).	2022	EEUU	Mixto	819	Mediano riesgo de sesgo
Women's sexual function before and during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, Hessami K, et al (20).	2022	No clarificado	Revisión sistemática	1114	Bajo riesgo de sesgo
The Impact of COVID-19 Pandemic on Female Sexual Function, Fuchs, et al (21).	2022	Polonia	Cuantita- tivo	644	Bajo riesgo de sesgo
A review study of the effects of the COVID-19 pandemic on individual sexual behavior, purchasing sex toys, and related consequences. Qaliti, S. et al (22).	2022	Austra- lia, Co- lombia, Dina- marca, UK, Nueva Zelan- da.	Revisión sistemática	No clari- ficada	Bajo riesgo de sesgo

un 15,8% de los participantes exhibieron comportamiento hipersexual y el 2,2% mostró una adicción sexual real.

Continuando con el funcionamiento sexual, el artículo de Pollard E, et al, 2022 (19), informó niveles bastante moderados de funcionamiento sexual. Los resultados de Hessami K., et al, 2022 (20), por su parte, mostraron una disminución significativa en la función sexual de las mujeres durante la pandemia en comparación con el tiempo previo a ello.

Con respecto al artículo de Fuchs et al, 2022 (21) en el área se funcionamiento sexual, éste mostró una disminución significativa en las puntuaciones del índice de función sexual femenina (FSFI) en todos los dominios en el primer mes de la pandemia en comparación con el tiempo anterior a la pandemia. Después de cinco meses, todos parecían volver a aumentar en comparación con los resultados recibidos al comienzo de la pandemia, lo que estaba relacionado con la adaptación a la nueva realidad.

Entre los principales hallazgos del anterior estudio, se vio una asociación significativa entre las condiciones de vida y la puntuación total de FSFI. El puntaje FSFI más bajo se observó entre las mujeres que vivían en condiciones promedio, al comparar el grupo con condiciones buenas y muy buenas. No obstante, después de una caída significativa en la puntuación FSFI durante el confinamiento, se vio un nuevo aumento del FSFI después de unos meses, asociado también a la frecuencia de las relaciones sexuales, debido probablemente a que las personas comenzaron a adaptarse a una forma de vida previamente desconocida.

Excitación, orgasmos, satisfacción y deseo sexual.

En cuanto a la excitación, se reportó en la investigación de Hessami K., et al, 2022 (20) que durante la pandemia, las mujeres tuvieron problemas de excitación. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de las relaciones sexuales entre antes y durante la pandemia. Entonces, según lo observado en el estudio, las áreas más afectadas de la función sexual fueron la excitación, el orgasmo, el dolor y la satisfacción. Aquello fue ratificado por Pollard E, et al, 2022 (19), donde se estima que, por lo general, los participantes de la muestra informaron sentirse sólo algo satisfechos con su vida sexual con sus parejas, experimentando dificultades leves a moderadas con los orgasmos e impulsos se-

xuales moderados durante los primeros 6 meses de la pandemia, como es el caso de las mujeres, que reportaron mayores dificultades con los orgasmos a lo largo del tiempo y menor impulso sexual comparado con los hombres. Sin embargo, en el deseo sexual no se identificaron diferencias de género.

Pornografía y juguetes sexuales.

El estudio de Qaliti, S. et al (22), descubrió que los juguetes sexuales han tenido implicaciones positivas (aumento de satisfacción, confianza, placer) y negativas (adicción, reacción alérgica, riesgo de infecciones de transmisión sexual, vergüenza y culpa). Se observó que los participantes aumentaron el uso de juguetes sexuales y pornografía para satisfacer sus necesidades sexuales y, del mismo modo, también aumentó el uso de aplicaciones de citas en línea. Así mismo, Capponeto et al, 2022 (18) sugirió una asociación entre el consumo frecuente de pornografía por parte de las mujeres y el aumento del funcionamiento sexual.

DISCUSIÓN

Esperábamos encontrar que al inicio de la emergencia sanitaria por COVID-19 uno de los comportamientos que se verían afectados por la cuarentena y el distanciamiento social eran las relaciones sexuales y lo asociado a ello. Efectivamente, de acuerdo a los resultados obtenidos, la sexualidad estuvo perjudicada en múltiples dimensiones y/o dominios de las mujeres sexualmente activas, tales como excitación, orgasmos, dolor y satisfacción. Lo anterior podría deberse a una rutina diaria con poca actividad (recreativa, física, etc.) en período de cuarentena (23), lo cual se relacionaría con la disminución de la excitación y el cambio en la satisfacción sexual (24). Así mismo, la ansiedad pudo ser un factor de riesgo para la disfunción sexual femenina (25).

En uno de los estudios incluidos en la revisión se pudo conocer el efecto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de mujeres de acuerdo al tiempo transcurrido, ejemplo de ello fue en Polonia, donde en el primer mes de confinamiento disminuyó el FSFI y en los cinco meses posteriores aumentó, lo que posiblemente se debe a la adaptación de las nuevas condiciones de vida.

A modo general la satisfacción sexual y en pareja mediaron positivamente sobre el estrés del aislamiento social y el funcionamiento individual. De acuerdo con esto, los niveles estables y altos de sa-

tisfacción sexual fueron predictivos de forma directa en cuanto a niveles estables más altos de vitalidad y de satisfacción en la pareja, lo que se traduce en un factor clave que sustentó el bienestar. Por otro lado, el clímax (orgasmo) presentó dificultades relacionadas con niveles altos de irritabilidad en las parejas y síntomas depresivos, por tanto, niveles crónicos de estrés por COVID-19 se relacionaron con la irritabilidad, siendo esta asociación cambiante en el tiempo y dependiente de la pareja.

En cuanto a la utilización de juguetes sexuales se observó un apogeo, esto probablemente generado en respuesta a la ausencia de oportunidades de tener relaciones y la soledad, aspecto que se relacionó directamente a la sensación de control del entorno llevado por las distintas medidas frente a la pandemia por COVID-19. También se llegó a la conjeta de que el incremento en la utilización de juguetes sexuales contribuyó a encontrar innovadoras formas de satisfacer las necesidades sexuales, tales como el consumo de la pornografía.

Los resultados mostraron un incremento no significativo en las adicciones no relacionadas con sustancias psicoactivas como la adicción sexual, caracterizada por pensamientos intrusivos y fantasías obsesivas sexuales, asociada además a una pérdida de control sobre la conducta sexual. De todos modos y según la evidencia, existen algunos grupos vulnerables que podrían desarrollar comportamientos hipersexuales y, en consecuencia, adicción sexual.

Implicancias de la investigación

El análisis demostró que la pandemia por COVID-19 condujo al deterioro de la calidad de vida sexual de las mujeres. Consideramos que la información sobre la disfunción sexual durante la pandemia es escasa y los resultados son a menudo discordantes. Se necesitan más investigaciones que permitan comprender mejor este fenómeno en mujeres, sobre todo estudios que presenten diferentes características (orientaciones sexuales, con discapacidades físicas e intelectuales, grupos vulnerables, etc.).

Implicancias clínicas

Según los hallazgos recomendamos la detección regular de la disfunción sexual entre las mujeres en edad fértil, especialmente durante los períodos de angustia psicológica, así como para cualquier trastorno afectivo subyacente y ansiedad. Asimismo, todos los componentes del FSFI deben evaluarse durante las consultas ginecológicas de rutina, además de una historia sexual detallada.

Fortalezas y debilidades

En el desarrollo de la investigación, los artículos fueron incluidos según título y resumen, revisados en pares y resueltos en tríos, siendo seleccionados según texto completo y cumplimiento de cuestionarios de calidad validados. Dentro de las limitaciones, se considera la escasa cantidad de estudios referentes a la temática abordada, puesto que luego de la selección de documentos, únicamente cinco de los 52 textos identificados cumplían con la evaluación de calidad en profundidad.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo conocer el efecto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad de mujeres, explorando los efectos en el ámbito sexual de los estudios evaluados en profundidad, los que demuestran un deterioro en la sexualidad durante la pandemia.

La pandemia influyó en las relaciones sexuales en cuanto a excitación, orgasmos, dolor y satisfacción, todo esto perjudicando el deseo sexual. Ante esta problemática se sugiere asesoramiento profesional para poder mejorar la salud sexual femenina, ya sea relacionado con el COVID-19 o en presencia de disfunción sexual ajena a la pandemia, se sugiere consultar a profesionales del área: matronas y matrones, médicos, psicólogas y psicólogos, para encontrar la causa de la disminución del deseo sexual y así intervenir oportunamente en este plano tan importante dentro de la salud sexual y reproductiva.

Consideramos necesario generar investigaciones de tipo cualitativas en mujeres para comprender en profundidad este fenómeno y así poder generar evidencia que permita prevenir y/o minorizar las consecuencias de un deterioro sexual en la mujer.

REFERENCIAS

- 1.- **Ministerio de Salud.** Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. 2016. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf> Consultado el 20 de julio de 2022.

2.- Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2020: 3. Disponible en: <https://www.google.com/url?q=https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152209/retrieve%23%3DLa%2520sexualidad%2520es%2520un%2520asp>

3.- Liu H., Waite L.J., Shen S., Wang D.H. Is sex good for your health? A national study on partnered sexuality and cardiovascular risk among older men and women. 2016. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27601406/>. Consultado el 20 de Julio de 2022.

4.- Rodríguez T., Rodríguez Z. Intimidad y relaciones de pareja durante la pandemia de la COVID-19 en Guadalajara. 2020. Disponible en: <http://www.espiral.cucsh.udg.mx/index.php/EEES/article/view/7206> Consultado el 20 de Julio de 2022.

5.- Li G., Tang D., Song B., Wang C., Qunshan S., Xu C., et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 en las relaciones de pareja y la salud sexual y reproductiva: estudio de encuesta transversal en línea. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716895/> Consultado el 30 de mayo de 2022.

6.- Fuchs A., Matonog A., Pilarska J., Sieradzka P., Szul M., Czuba B., et al. The impact of COVID-19 on female sexual health. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33007804/> Consultado el 20 de Julio de 2022.

7.- Nebot-Garcia JE, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C, Gil-Llario MD, Ballester-Arnal R. Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19. 2020. Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/005_0.pdf Consultado el 20 de Julio de 2022

8.- Wignall L., Portch E., McCormack M., Owens R., Cascalheira CJ, Attard-Johnson J., et al. Cambios en el deseo y los comportamientos sexuales entre los adultos jóvenes del Reino Unido durante el confinamiento social debido a la COVID-19. 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2021.1897067> Consultado el 30 de Julio.

9.- Pennanen-Iire C, Prereira-Lourenço M, Padoa A, Ribeirinho A, Samico A, Gressler M, et al. Implicaciones para la salud sexual de la pandemia de COVID-19. 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.10.004> Consultado el 30 de mayo de 2022.

10.- Schiavi MC, Spina V, Zullo MA, Colagiovanni V, Luffarelli P, Rago R, et al. El amor en tiempos de COVID-19: análisis de la función sexual y la calidad de vida durante las medidas de distanciamiento social en un grupo de mujeres italianas en edad reproductiva. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32653391/> Consultado el 30 de mayo de 2022.

11.- Pérez-López FR, López-Baena MT, Pérez-Roncero G, Dieste-Pérez P, SavirónCornudella R, Tajada M. Función sexual femenina antes y durante la pandemia del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2: una revisión sistemática y Metaanálisis de estudios longitudinales. 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35652576/> Consultado el 21 julio de 2022.

12.- Omar SS, Dawood W, Eid N, Eldeeb D, Munir A, Arafat W. Salud psicológica y sexual durante la pandemia de COVID-19 en Egipto: ¿Están sufriendo más las mujeres? Sexo Med. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33434851/> Consultado el 12 de agosto de 2022.

13.- Osorio-Parraguez P., Arteaga C., Galaz C., Piper-Shafir I. Consecuencias psicosociales de las medidas COVID-19 en mujeres mayores y madres trabajadoras en Chile. 2021. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242021000300030 Consultado el 10 de agosto de 2022.

14. Cochrane. Data collection form for intervention reviews: RCTs and non-RCTs. 2014. Disponible en: <https://dplp.cochrane.org/data-extraction-forms>. Consultado el 10 de agosto de 2022.

15.- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):179-187.

16.- Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):132-40.

17.- Page M, McKenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrowe C, Shamseer L, Tetzlaff J, Aklh E, Brennan A, Chouli R, Glanvillej J, Grimshaw J, Hróbjartsson A, Lalum M, Lin T, Lodero E, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness L, Stewartr L, Thomass J, Tricco A, Welchu V, Whiting P, Moher D. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista Española de Cardiología. 2021; 74(9):790-799.

18.- Caponnetto P, Maglia M, Prezzavento GC, Pirrone C. Sexual Addiction, Hypersexual Behavior and Relative Psychological Dynamics during the Period of Social Distancing and Stay-at-Home Policies Due to COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 25;19(5):2704. doi: 10.3390/ijerph19052704. PMID: 35270395; PMCID: PMC8910026.

19.- Pollard AE, Rogge RD. Love in the Time of COVID-19: A Multi-Wave Study Examining the Salience of Sexual and Relationship Health During the COVID-19 Pandemic. Arch Sex Behav. 2022 Jan;51(1):247-271. doi: 10.1007/s10508-021-02208-0. Epub 2022 Jan 27. PMID: 35083594; PMCID: PMC8791703.

20.- Hessami K, Sayegh N, Abdolmaleki AS, Bakht S, Qaderi S, Darabi M, Shamsi T, Bagheri F. Women's sexual function before and during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2022 Sep;48(9):2285-2295. doi: 10.1111/jog.15337. Epub 2022 Jul 17. PMID: 35844087; PMCID: PMC9349639.

21.- Fuchs A, Szul M, Dulsk A, Bodziony J, Matonog A, Pilarska J, Sieradzka P, Stojko R, Drosdzol-Cop A. The Impact of COVID-19 Pandemic on Female Sexual Function. Int J Environ Res Public Health. 2022 Mar 12;19(6):3349. doi: 10.3390/ijerph19063349. PMID: 35329037; PMCID: PMC8948813.

22.- Qalati S.A., Limón M.L.S., Bhayo S.H. A review study of the effects of the COVID-19 pandemic on individual sexual behavior, purchasing sex toys,

and related consequences. Sexologies, Volume 31, Issue 4, 2022, Pages 468-476, ISSN 1158-1360. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2022.06.002>.

23.- Castañeda-Babarro A, Arbillaga-Etxarri A, Gutiérrez-Santamaría B, Coca A. Physical Activity Change during COVID-19 Confinement. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 21;17(18):6878. doi: 10.3390/ijerph17186878. PMID: 32967091; PMCID: PMC7558959.

24.- Aolymat I, Abdul Kadir L, Al Nsour M, Taha H. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Female Sexual Function in Jordan: Cross-sectional Study. JMIR Form Res. 2023 Feb 16;7:e40772. doi: 10.2196/40772. PMID: 36745774; PMCID: PMC9937107.

25.- Dettore D, Pucciarelli M, Santarnecchi E. Anxiety and female sexual functioning: an empirical study. J Sex Marital Ther. 2013;39(3):216-40. doi: 10.1080/0092623X.2011.606879. Epub 2013 Jan 28. PMID: 23356511.

Percepción de matrones tutores clínicos sobre atención a población migrante. Una mirada desde el nivel primario de salud.

Perception of clinical teacher's midwives on the attention to migrant population. A view from the primary health care.

Camila Rojas-Cáceres¹, Ornella Demarchi-Delgado², Javiera Fabres-Vergara²

¹Matrona. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Profesora Asistente del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago (Chile).

² Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago (Chile).

*Autor para correspondencia: crojas293@uchile.cl

RECEBIDO: 19 de Julio de 2023
APROBADO: 21 de Noviembre de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3797

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, tutoría clínica, emigración, inmigración, matronería.
Key words: Primary health care, clinical mentoring, emigration and immigration, midwifery.

RESUMEN

Objetivo: explorar la percepción de las matronas y los matrones tutores clínicos de atención abierta sobre la asistencia a la población migrante, en el contexto de sus labores de docencia a estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, durante su ejercicio académico y profesional.

Método: estudio cualitativo exploratorio basado en el paradigma fenomenológico descriptivo. Se realizaron catorce entrevistas semiestructuradas a matronas y matrones de tres Cesfam de la zona sur de la Región Metropolitana de Santiago. Previo a la recolección de datos, se hizo una validación de la entrevista por cinco expertos. Los datos se analizaron con la técnica descriptiva, definiendo cinco dimensiones -principalmente- apriorísticas.

Resultados: los resultados fueron agrupados en las dimensiones de cultura, fortalezas, debilidades, competencias y estrategias. Los entrevistados coincidieron al señalar que la barrera idiomática es la mayor debilidad en la atención a migrantes. Mencionaron también que se acentúa la necesidad

de tiempo para la atención docente en esta situación, incrementándose con la población que no maneja el español.

Conclusiones: la percepción de matronas y matrones tutores clínicos sobre la atención a población migrante se centró en varias dimensiones. Esta atención puede verse afectada por las diferencias culturales y las barreras idiomáticas. Sin embargo, reconocen como fortaleza el poder brindar una atención de calidad, sin distinguir a extranjeros de chilenos. De los estudiantes destacan sus habilidades blandas. Además, señalan la necesidad de tener una formación en docencia, y mayor tiempo. Debido a la situación migratoria en Chile, es importante seguir estudiando este tema.

ABSTRACT

Objective: to explore the perception of clinical teacher's midwives of primary health care on the attention to migrant population in the context of teaching students of the obstetrics and childcare career of the University of Chile during their teaching and professional practice.

Methodology: exploratory qualitative study based on the descriptive phenomenological paradigm. Fourteen semi-structured interviews were conducted with midwives from three CESFAMs in the southern macrozone of the Metropolitan region, Santiago. Prior to data collection, the interview was validated by 5 experts. Data were analyzed using the descriptive technique, defining 5 mainly aprioristic dimensions.

Results: results were grouped into five dimensions: culture, strengths, weaknesses, competencies and strategies. The interviewees agreed that the language barrier is the greatest weakness in the attention to migrants. It was also mentioned that the need for time for teaching attention in this situation is more accentuated, increased with the population that doesn't speak Spanish.

Conclusions: The perception of clinical teacher's midwives on the care provided to the migrant population focused on several dimensions. This care can be affected by cultural differences and language barrier; however, they recognize as a strength providing quality care, without distinguishing between Chileans and foreigners. They highlight the soft skills from students. It's pointed out the need to have training in teaching, as well as more time. Due to migratory situation in Chile, it is important to continue studying this topic.

INTRODUCCIÓN

Migración es el cambio de residencia habitual de un lugar a otro, cruzando límites geográficos (Organización Internacional para las Migraciones - OIM, 2023). A nivel mundial, en el 2020, se contaba con 280,6 millones de migrantes internacionales, siendo la migración una tendencia al alza, de acuerdo con lo definido por el Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Económicos y Sociales (2020).

En Chile, la migración internacional ha ido en aumento y esto se ve reflejado en una estimación estadística realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y el Departamento de Extranjería y Migración. Esta muestra que la población extranjera residente en nuestro país, al 31 de diciembre de 2021, era de 1.482.390 personas, correspondiente al 7,6% del total de la población. Los principales países de origen de los migrantes en Chile son Venezuela (30%),

Perú (16,6%), Haití (12,2%), Colombia (11,7%) y Bolivia (8,9%), los que suman aproximadamente el 79% del total de residentes extranjeros en Chile.

Considerando la cantidad de migrantes internacionales que residen en el territorio nacional y que siguen llegando, es fundamental poseer un enfoque intercultural en su atención de salud (Ministerio de salud [MINSAL], 2018). En Chile, en 2017 se encontró que los trabajadores de salud primaria perciben falencias para entregar una asistencia sanitaria competente por las barreras culturales existentes, como el idioma, tradiciones y creencias (Bernalles et al., 2017). Desde la perspectiva de los migrantes, se encuentran aspectos positivos, como la gratuidad del sistema público de salud, y negativos, como una comunicación deficiente por un lenguaje muy técnico junto a modismos chilenos. Algunos destacan la amabilidad y otros acusan discriminación por parte de los profesionales. Discordan sobre el acceso a la atención, ya que unos mencionan que es simple, mientras que otros afirman que existe gran desconocimiento sobre su funcionamiento (Ojeda et al., 2020, Rivera et al., 2019).

Internacionalmente, existen fortalezas como tiempos de espera razonables en servicios sanitarios, además de prestarse atención a las diferencias culturales. Sin embargo, como debilidad, la mayoría de los usuarios extranjeros sintieron discriminación (Fondo de población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2010; Velasco et al., 2016)

En Chile no existen antecedentes sobre el rol de los profesionales de la salud que también se desempeñan como tutores clínicos, quienes actúan como "guías, asesores, modelos o puntos de referencias en el proceso de aprendizaje" (Suárez et al., 2012). Asumen un rol fundamental en la formación de estudiantes; por esto, surge el interés de saber cómo perciben su capacidad de entregar las herramientas necesarias para que los estudiantes puedan relacionarse con la población migrante, considerando las competencias culturales, entendiendo competencias como el "complejo de capacidades de ejecución, acciones y decisiones, de diversa naturaleza que se conjugan y ponen en acción en el profesional de manera tal que le habilitan para desempeñar un rol específico" (Hawes & Corvalán, 2005; International Confederation of Midwives [ICM], 2021).

En el perfil de egreso de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile se referencia el punto anterior, señalando: "...es un profesional que se destaca por su compromiso con el servicio público, gran sentido de responsabilidad social, capaz de brindar una atención en salud, desde un enfoque biopsicosocial..." (**Universidad de Chile, 2023**).

El presente estudio tiene como objetivo explorar la percepción de matronas y matrones tutores clínicos de atención abierta sobre la asistencia a la población migrante, en el contexto de sus labores de docencia a estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, durante su ejercicio académico y profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se realizó entre julio y octubre de 2022 en los centros de salud familiar (Cesfam) que cuentan con convenio con la Universidad de Chile, ubicados en la zona sur de la Región Metropolitana. Estos corresponden a los Cesfam de Lo Valledor Norte, Padre Pierre Dubois y Edgardo Enríquez Frödden.

Es un estudio exploratorio de carácter cualitativo basado en el paradigma fenomenológico, que busca indagar acerca de la experiencia de personas respecto a un fenómeno (**Laza et al., 2012**).

Por ello, se aplicó un tipo de muestreo no probabilístico, correspondiente a un muestreo opinático, puesto que todos quienes participaron del estudio cumplían con los criterios de inclusión (**Guillén & Crespo, 2006**). La estrategia muestral fue por conveniencia, debido a que la muestra quedó constituida según el acceso, interés y disponibilidad de los individuos participantes en el estudio (**Guillén & Crespo, 2006**). Se realizaron catorce entrevistas semiestructuradas a matronas y matrones tutores clínicos pertenecientes a los establecimientos mencionados, quienes desarrollaban sus labores de tutoría clínica en horario superpuesto a sus deberes profesionales sin recibir remuneración adicional y sin una relación contractual directa con la institución estudiantil.

Respecto a los criterios de inclusión, quienes participaron fueron matronas y matrones que trabajan en los Cesfam de Lo Valledor Norte, Padre Pierre Dubois y Edgardo Enríquez Frödden que atendían a

población migrante en el contexto de tutoría clínica. No se consideraron criterios de exclusión para esta investigación.

Se destacan las diferencias encontradas en la muestra (ver Tabla 1), principalmente en la edad, donde la mayoría estaba entre los 24 y 46 años. Asimismo, dos de los sujetos de estudio son migrantes internacionales y, además, del total sólo uno pertenece al sexo masculino. Más de la mitad de las personas no contaban con formación en docencia.

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada individual realizada por dos investigadoras. Se contactó a través de co-

Tabla 1. Caracterización de la muestra
/Sample characterization

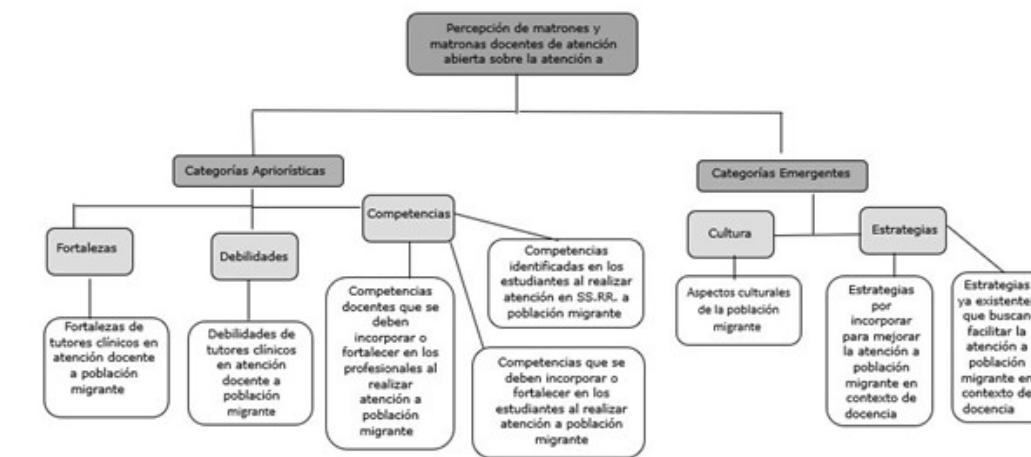
	n
Edad (años)	
24-35	6
36-46	5
47-57	2
>/58	1
Nacionalidad	
Chilena	12
Otra	2
Sexo	
Mujer	13
Hombre	1
Título profesional	
Matrona/matrón	14
Años trabajando como matrona/matrón	
<1	1
1-10	5
11-20	5
21-30	1
>/31	2
Formación en docencia	
Sí	6
No	8
Años tutor/a clínico/a	
<1	2
1-10	7
>/11	5

rreo electrónico luego de verificar el cumplimiento de criterios de inclusión. Previo a la recolección de datos se realizó una validación por cinco expertos al instrumento, quienes asignaron una puntuación de 1 a 4 en cada pregunta de la pauta para los ítems de: suficiencia, claridad, pertinencia y relevancia. Según promedio de cada pregunta y sugerencias cualitativas entregadas, se adaptaron los ítems con puntuación <3.

Tabla 2. Pauta entrevista/ Interview guideline

Preguntas
1. ¿Nos podría contar cómo es la atención que usted realiza en un contexto de atención a migrantes?
2. ¿Recuerda alguna vivencia que nos quisiera contar?
3. ¿Cuáles son las fortalezas que percibe de usted misma/o como profesional en un contexto de atención docente a población migrante?
4. ¿Cuáles son las debilidades y/o barreras que percibe de usted misma/o como profesional en un contexto de atención docente a población migrante?
5. ¿Cuáles son las competencias que usted observa en los estudiantes en un contexto de atención a población migrante? Entendiéndose competencias como las habilidades que permiten responder de forma eficaz, efectiva, segura y coherente según la cultura de las personas
6. ¿Cuáles son las competencias de los estudiantes que usted cree que se deben incorporar o fortalecer para brindar una mejor atención a la población migrante? Entendiéndose competencias como las habilidades que permiten responder de forma eficaz, efectiva, segura y coherente según la cultura de las personas
7. ¿Cuáles son las competencias docentes que usted cree que le hacen falta o que podrían mejorar durante la atención a migrantes?
8. ¿Le gustaría agregar algo más a esta entrevista?

Figura 1. Dimensiones y categorías de análisis / Dimensions and categories of analysis



Las entrevistas se ejecutaron mediante la pauta semiestructurada (ver Tabla 2), durando unos 25 minutos en promedio. Se registraron con grabadora de audio y diario de campo.

Se analizaron los datos mediante técnica descriptiva, que persigue obtener el significado de una vivencia desde la perspectiva de quienes han tenido dicha experiencia (**Marí et al., 2010**). Las dimensiones y categorías de análisis; apriorísticas o emergentes (**Marí et al., 2010**), están descritas en la Figura 1.

Los pasos de análisis son los propuestos por Amadeo Giorgi (**Marí et al., 2010**). Una vez recolectados los datos, se transcribieron y agregaron las anotaciones hechas durante el encuentro. Luego, se identificaron las "unidades de significado" relevantes para el estudio. Finalmente, según aspectos en común, se formaron "grupos de significado" y se codificaron para analizar los datos (**Marí et al., 2010**).

Para los criterios de rigor, se utilizó la credibilidad. Para asegurarla, las entrevistas fueron grabadas para ser transcritas y analizadas. Se utilizó la triangulación de investigadores con las tres integrantes del equipo, así el análisis de lo observado fue ejecutado por más de una persona (**Hernández et al., 2014**, **Okuda & Gómez-Restrepo, 2005**). También se utilizó la dependencia, para esto, se realizaron reuniones periódicas del equipo de investigación con el fin de revisar el análisis individual (**Hernández et al.,**

2014). Finalmente, se cumplió con la conformabilidad ya que se transcribieron las entrevistas textualmente desde las grabaciones (Pla, 1999).

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de Chile, con número de registro 197-2021, y por el Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), con número de registro 050/2022.

Previo a cada entrevista, se aplicó el consentimiento informado, mediante el cual se aseguró la voluntariedad, intimidad y confidencialidad de los datos entregados, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOM], 1993). Los datos fueron analizados en dos computadores y la información se conservó por un año a partir de la finalización del estudio.

RESULTADOS

Los resultados se agrupan en las dimensiones y categorías descritas en la Figura 1. Estos fueron homogéneos, excepto la dimensión competencias y estrategias.

Cultura

Los entrevistados coincidieron al señalar que ciertos aspectos culturales de la población migrante, como sus creencias -en su mayoría de haitianas-, provocan un entorpecimiento en la atención en salud. Dentro de estos, mencionaron la falta de conocimiento de la atención a través de la prevención, tienden a faltar a sus controles porque no lo consideran una necesidad o solo acuden cuando presentan una patología. A veces tienen poca claridad acerca de las enfermedades crónicas y su necesidad de tratamiento y seguimiento. Esto dista mucho con lo que se da en otras poblaciones de migrantes, ya que el sistema de salud en otros países se asemejaría al chileno.

“La cultura de ellos es como bastante dirigida a la enfermedad, dirigida, así como al motivo y chao. Lo mismo que nos pasa por ejemplo con los colombianos, vienen como con una cultura más diferente y ellos buscan prevención, (...). Más que todo es eso, es algo más cultural, más arraigado, puede ser desde las mismas carencias desde su hábitat o de donde viene” (M3)

Otro aspecto destacado es la diferencia en los hábitos y la existencia de mitos sobre la gestación, puerperio, cuidados del recién nacido y crianza. Se refirió un inicio de control prenatal tardío y una falta de apego de las madres haitianas hacia sus hijos, entre otros hechos.

“De repente con las haitianas nos pasaba al principio que por ejemplo ellas como que no les gustaba mucho dar el pecho, entonces teníamos que hacer más énfasis en esas cosas, en creencias, por ejemplo, porque como que las haitianas o no nos dicen o se han adaptado más a Chile (...) o sea ahí uno ha ido como educando y han ido evolucionando las señoritas cambiando sus costumbres” (M5)

Según los entrevistados, existen diferencias biológicas entre la población haitiana y la chilena. Las primera sería más propensas a la hipertensión y los medicamentos utilizados en las chilenas no tendrían el mismo efecto en ellas.

Otro aspecto relevante independiente de la nacionalidad de las personas migrantes es el ingreso a control prenatal tardío, debido al desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud chileno, por creer que sin RUT no pueden acceder a la atención en Cesfam.

Respecto del idioma, a pesar de que hablan español, hay diversas palabras y conceptos diferentes entre culturas, por lo que es necesario considerarlas para evitar confusiones en la atención.

Fortalezas

Como fortalezas de la atención docente, la mayoría de quienes respondieron mencionó tener paciencia, empatía y no hacer distinción en la atención de salud entre chilenas y extranjeras, destacando el brindar una atención de calidad y cercana.

Algunas entrevistadas destacan haber aprendido palabras en creole, a través de cursos o por sus propios medios, para facilitar la comunicación con usuarias haitianas que no hablan español. Otras mencionan su capacidad para adaptarse durante la atención a la barrera idiomática, utilizando el traductor en línea.

Dos entrevistadas declararon como fortaleza el ser migrantes. Esta situación les permite según su propia vivencia comprender y empatizar con los residentes migrantes que acceden a la atención de salud en Chile, incluso estableciendo una buena comunicación con usuarias que no manejan el español.

Dos entrevistadas coinciden en cuanto a que la atención docente es bastante beneficiosa, ya que al estar con estudiantes la educación se ve bastante fortalecida y la atención es más integral.

“La calidad de la atención, la calidez con la que uno las recibe, como tratar de hacerla sentir acogida, de repente es más difícil cuando uno no habla el idioma, es más fácil cuando uno habla el idioma porque en el fondo puede explicarle que si llegó por vía regular o vía irregular uno les puede explicar que uno no los va a denunciar, que en ellos tienen derecho en el fondo a la salud y que se les va a hacer la atención” (M7)

Debilidades

La totalidad de los entrevistados coincidió en que la gran debilidad en la atención docente es la barrera idiomática entre la matrona y el matrón y las usuarias, impidiendo una comunicación fluida a pesar de existir mucha población haitiana que lleva años en Chile.

Algunos mencionaron la importancia de que la población migrante de ese origen aprenda español y que no sea sólo al revés.

Otra desventaja es el desconocimiento de las creencias extranjeras, puesto que se producen choques culturales que dificultan el manejo de estas usuarias.

Se indicó en una de las entrevistas que las atenciones a usuarias haitianas a veces se realizan en compañía de la pareja o de algún familiar y que esta persona traduce la conversación entre la matrona o el matrón y la usuaria. No obstante, esto afecta la fluidez de la atención y el foco principal, que debe ser la persona que consulta. Lo mismo ocurre cuando está el facilitador del Cesfam. En esos casos, la percepción de su función es más controversial, tema abordado más adelante.

“Bueno, la verdad es que con pacientes que hablan español es mucho más sencillo, más fácil, realizamos la atención de acuerdo como a lo que hacemos habitualmente, pero en una población que no habla español es super complejo, como que te vas, es más a lo específico, no te das muchas vueltas para preguntarle algo, sino que “examen”, “¿cómo te has sentido?”, “dolor”, o sea, te vas como super puntual porque es complicado comunicarse con alguien que no habla español” (M4)

Competencias

Sobre las competencias que poseen los estudiantes, se concordó que destacan por su empatía, respeto y buen manejo de las habilidades blandas. Tienen conciencia social, muy importante considerando la ubicación de estos centros de salud, lo que hace que no sólo se preocupen del ámbito biológico. A pesar de que no siempre se logre entender el idioma que se esté hablando, gracias a la empatía se logra una atención más cercana.

Algunas matronas concuerdan en que la educación brindada por parte de los estudiantes es muy completa y, por ende, una fortaleza en su atención.

Una entrevistada menciona que en ocasiones no observa ninguna competencia en algunos estudiantes, pero recalca que todos son muy diferentes entre sí.

“Yo creo que son super empáticos. Para trabajar acá como en esta comuna hay que tener como mucha conciencia social siento yo, entonces los chiquillos en general son super empáticos, ayudan, preguntan, se preocupan no solamente como de lo biológico, sino que también lo emocional, psicológico, lo social, están como super involucrados en general.” (M13)

Coincidieron en que deben reforzar el desarrollo de habilidades blandas, la tolerancia y empatía, además de orientarse hacia un enfoque de riesgo, destacando el ámbito psicosocial, el cual es más influyente en un contexto de migración.

Es necesaria una mayor fluidez en las atenciones y empoderarse de su rol como futuros matrones. Sin embargo, saben que esto se va desarrollando a medida que adquieren más experiencia. Además, deben hablar de manera menos técnica, ocupando un lenguaje fácilmente entendible.

Algunos estudiantes requieren mayor manejo del área teórica, reforzando contenidos revisados durante su formación y buscando nueva información.

Una entrevistada declaró no creer necesario que los estudiantes incluyan más competencias para la atención a migrantes, ya que este grupo de personas no es muy distinto a la población chilena.}

“(...) las falencias que más presentan el tema como del vínculo y la sociabilización con el usuario y que a veces con el paciente migrante les cuesta aún más, (...) no saben mucho cómo entrar, cómo preguntar, a veces a uno mismo le cuesta sobre todo cuando de repente nos cuentan cosas que te sacan un poquito de lo normal” (M12)

Dentro de las competencias como tutores clínicos a incorporar, no se llegó a un acuerdo. Cuatro participantes no se refirieron al tema, aunque destacaron la necesidad de realizar al menos un curso en docencia para mantener una base a la hora de formar estudiantes.

Algunas participantes creen necesario actualizarse respecto a algunos temas, ya que, a pesar de no cambiar mayormente la atención realizada, es importante tener la información adecuada para una atención de calidad.

Además, mencionaron el ser un poco pacientes al momento de estar con estudiantes y tomarse el tiempo necesario para enseñarles de manera más completa.

“Bueno yo creo primero que todo que todo el profesional clínico que hace docencia debiese tener al menos un curso de docencia, ¿ya?, porque todos hacemos lo que mejor creemos que es. Entonces yo creo que bajo esa idea todos hacemos cosas distintas y a lo mejor no tenemos el mismo resultado, el mismo impacto. Yo creo que es necesario, porque aquí todos hacemos docencia, enfermeros, médicos, TENS, nutricionistas, ¿ya?, entonces al menos para, no sé, para tener una base” (M1)

Estrategias

Como estrategia implementada en los Cesfam, para simplificar la atención a población migrante haitiana, se encuentra la presencia de un facilitador que maneja el creole y participa como interlocutor

durante la atención. Esta medida no fue percibida como algo positivo por todos los participantes, ya que a veces entorpecían la fluidez de la atención e incluso incomodaban con su presencia. En ocasiones, el facilitador es conocido por las usuarias, dificultando la confidencialidad en temas de salud sexual y reproductiva. No obstante, algunos destacan y agradecen su presencia, puesto que facilitan la comunicación, permitiendo dar una mejor atención.

Algunas entrevistadas mencionaron que se les han ofrecido cursos de creole, que a pesar de que no les permitan dominar el idioma, facilitan la atención mediante el uso de palabras claves.

Respecto a las estrategias que se deberían incorporar, en la totalidad de las entrevistas mencionaron que el tiempo destinado a las atenciones es una gran limitante y debería ser mayor, ya que al hacer una atención junto a un/a estudiante esta se enlentece, atribuyéndose a la inexperiencia al realizar procedimientos y porque durante la atención se va haciendo una pequeña retroalimentación.

“Como competencias docentes bueno, en realidad yo creo que siempre va a faltar más tiempo durante las atenciones para poder explicar todo, quizás hablar un poco más, hacer una anamnesis quizás de repente mucho más larga porque acá los rendimientos igual son super acotados, o sea claro, cuando uno está con alumna, de repente si faltan pacientes uno tiene un poquito más de tiempo para atender a lo mejor a un ritmo más lento para poder enseñar, pero eso podría igual ser una dificultad, el tema de los tiempos para que sea una buena atención.” (M2)

También se mencionó que podría ser útil fortalecer en la formación de matrones/as el tema de la migración en cuanto a las diferentes culturas e idiomas, más allá del inglés, que prácticamente no se ocupa durante las atenciones.

DISCUSIÓN

Según la percepción recogida en esta investigación, existen similitudes con un estudio del 2017, coincidiendo en que el lenguaje, las creencias y la falta de información respecto al funcionamiento del sistema de salud son barreras en la atención de migrantes y una debilidad en la atención docente (Bernalles et al., 2017).

Hubo semejanzas sobre el uso del sistema de salud, aludiendo a una falta de cultura de prevención. Además, a pesar de hablar el mismo idioma, los chilenismos y palabras técnicas impiden la total comprensión de los usuarios, dificultando la atención (Ojeda et al., 2020; Rivera et al., 2019).

En un estudio internacional se menciona que el uso coloquial del lenguaje puede dificultar aún más el entendimiento entre el personal de salud y usuarios del sistema, indicando que “En este extrañamiento se encierra el hecho de que usar un mismo léxico no supone compartir una misma semántica” (Figueroa-Saavedra, 2009). Esto concuerda con esta investigación, donde se concertó que las diferentes creencias y cultura de los migrantes más la barrera idiomática e incluso cuando el lenguaje es el mismo, afectan la comunicación efectiva.

Este estudio permitió explorar un área hasta ahora desconocida en cuanto a profesionales que se desempeñan como tutores clínicos, quienes destacan como fortalezas no distinguir entre usuarias chilenas y migrantes, brindando una atención de calidad.

Esto difiere de un estudio de 2020 que exploró la perspectiva de personas migrantes, donde refieren un trato discriminatorio por parte de algunos profesionales de la salud (Ojeda et al., 2020).

Acerca de los estudiantes, la empatía y las habilidades blandas son reconocidas como una fortaleza, sin embargo, pueden seguir mejorándose. Estas competencias se alinean con las declaradas en la Conferencia Internacional de Matronas y en el programa de curso del internado de atención primaria: “Establecer una comunicación efectiva que evidencie una relación empática, asertiva y honesta con las personas, considerando su nivel de educación, etnia, cultura, y religión, en las diversas situaciones que debe enfrentar en su formación profesional” (ICM, 2019, Universidad de Chile, 2022). También concuerdan con el perfil de egreso de matrones/as de la Universidad de Chile, mencionado anteriormente (Universidad de Chile, 2023).

Respecto al área de la docencia, no se llegó a un consenso. Sin embargo, se evidencia una falta de educación formal para ejercerla. Esta capacitación se hace necesaria para mantener a las matronas y

los matrones de los servicios del país actualizados en conocimientos y desarrollo de competencias para la docencia (Universidad de Chile, 2020).

Destaca que no todos los entrevistados tienen la capacitación para desarrollarse como docentes. Según el modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus, es en nivel experto cuando estarían habilitados para enseñar a los estudiantes (Carraccio et al., 2008).

Una estrategia en los Cesfam para optimizar la atención a personas de nacionalidad haitiana que no dominan el español es el facilitador (MINSAL, 2018). Varios matrones creen que es un aporte y algunos consideran que entorpece la atención, dificultando la comunicación entre matrón-usuario, además de vulnerar la confidencialidad en materias de salud sexual y reproductiva.

Esta afirmación se sustenta en la Ley 20.418, artículo 3º, donde se explicita que “Toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual” (Ley N°20.418). Esta percepción coincide con un estudio sobre el rol del facilitador intercultural en la atención de migrantes donde participaron autoridades, personal sanitario, facilitadores interculturales y migrantes (Sepúlveda, 2019).

Sobre la barrera idiomática con migrantes haitianos, es importante destacar un disenso entre los profesionales.

Algunos manifiestan que las usuarias deben aprender a hablar español, ya que ellas están llegando al país y es su responsabilidad lograr comunicarse. Sin embargo, en Chile, según la ley de derechos y deberes de los pacientes, son los prestadores de salud quienes deben “velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que (...), no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida” (Ley N°20.584). Al contrario, otros entrevistados destacan como fortaleza haber aprendido palabras o frases para facilitar la atención.

Gran parte de los entrevistados coinciden en que el tiempo es una importante limitación al ejercer docencia. A pesar de que no existen estudios anteriores en el mismo contexto, no es la primera vez que se reconoce la falta de tiempo como un obstáculo para la docencia, tal como se concluyó en un estudio donde se entrevistó a enfermeras que se desempeñan como tutoras clínicas en un hospital de Santiago (**Núñez et al., 2017**).

Mencionaron que el tiempo que pasan los estudiantes por el CESFAM, principalmente por la pandemia del COVID-19, es muy corto para entregar una enseñanza completa. Además, deben cumplir con ciertos rendimientos por hora, donde está establecido que las consultas, consejerías y procedimientos deben durar 15 minutos, las consultas abreviadas 5 minutos, las educaciones a impartir 20 minutos y los talleres grupales un tiempo estimado de 60 minutos (**MINSAL, 2018**). Considerando lo anterior, más completar datos de la ficha, enseñar y permitir que el estudiante en práctica aprenda, resolver sus dudas y de las usuarias, junto a que ciertas personas no manejan el idioma español, este tiempo es aún menor para una atención integral.

CONCLUSIÓN

La percepción de madres y madres tutores clínicos sobre atención a población migrante se concentró en distintas dimensiones. Los participantes manifestaron una diferencia cultural que podría entorpecer la atención en salud, en su mayoría las creencias de las mujeres haitianas. Se concordó que la barrera idiomática es la mayor limitante a la hora de atender a personas que no hablan español.

Por otro lado, coinciden en que una fortaleza durante la atención docente es brindar una atención de calidad, cercana y sin distinguir entre chilenas y migrantes.

Respecto a las competencias observadas en los estudiantes, concuerdan en que destacan por su empatía, respeto y habilidades blandas en general, sin embargo, deben seguir desarrollándolas.

Se difirió sobre el rol de los facilitadores en la atención. Algunos creen que su presencia puede entorpecer la consulta, mientras otros agradecieron su ayuda para traducir y facilitar la comunicación.

Tampoco se llegó a un consenso acerca de las competencias a incorporar como tutores clínicos, pero se menciona la necesidad de realizar un curso en docencia para mejorar la enseñanza. Por otro lado, se indicó que el tiempo es una gran limitante para la docencia, ya que se tienen pocos minutos para la atención y proporcionar una retroalimentación al estudiante.

Se espera con los resultados de este estudio, mejorar las estrategias de atención en contexto de tutoría clínica a población migrante. También, se invita a continuar estudiando este tema por la situación migratoria que se vive en Chile.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En oportunidades, las entrevistas en línea fueron interrumpidas por una conexión a internet inestable de los participantes de este estudio. Sin embargo, no significó un sesgo para esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a cada participante del estudio y a los Cesfam implicados. También al CEISH de la Universidad de Chile y al CEC del SSMS por la autorización para realizar este estudio.

REFERENCIAS

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*, 34(2), 167-75. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>

Carraccio, C., Benson, B., Nixon, L. & Derstine P. (2008). From the educational bench to the clinical bedside: Translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(8), 761-767. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31817eb632>

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (1993). Pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos. ISBN 92 9036 056 9, pp.53-56.

Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Económicos y Sociales. (2020) Número total de migrantes internacionales. Recuperado de: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>

Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes. (2018, enero). Política de Salud de Migrantes internacionales. Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

Figueroa-Saavedra, M. (2009). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Comunicación y sociedad*, (12), 149-175. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000200007&lng=es&tlang=es.

Fondo de población de las Naciones Unidas, Bolivia. (2011, junio). Migración internacional y desarrollo con enfoque de género e intergeneracional: bolivianos en la Argentina. Recuperado de <https://bolivia.unfpa.org/es/publicaciones/migraci%C3%B3n-internacional-y-desarrollo-con-enfoque-de-g%C3%A9nero-e-intergeneracional>

Guillén, A. Crespo, R. (2006). Métodos estadísticos para enfermería nefrológica. SEDEN.

Hawes, G., Corvalán, O. (2005). Evaluación de competencias en la educación superior [Proyecto Mecesup Tal 0101, Universidad de Talca. Instituto de Investigación y Desarrollo Educacional]. <http://udedoc.ulagos.cl/wp-content/uploads/2017/10/hawes-evaluacion-de-competencias.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. 6ta edición. McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2022, octubre). Informe de Resultados de la Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile al 31 de diciembre de 2021. Estadísticas Migratorias. Recuperado de: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2021-resultados.pdf?sfvrsn=d4fd5706_6

International Confederation of Midwives. (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019 UPDATE. Recuperado de: <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/poster-icm-competencies-en-screens--final-oct-2019.pdf>

International Confederation of Midwives. (2021). Global Standards For Midwifery Education (revised 2021). Recuperado de: https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/09/global-standards-for-midwifery-education_2021_en.pdf

Laza, C., Pulido, G., & Castiblanco, R. (2012). La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enfermería Global*, 11(28), 295-305. Recuperado de http://scielo.issciences.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6142012000400015&lng=es&tlang=es.

Ley N° 20.418. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Diario oficial de la república de Chile n° 39.572. 28 de enero de 2010.

Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la república de Chile n° 40.245. 24 de abril de 2012.

Marí, R., Bo Bonet, R., Climent C. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *UTE Teaching & Technology (Universitas Tarragonensis)*, 1(1), 113-133. <https://doi.org/10.17345/ute.2010.1.643>

Ministerio de salud. (2018). Anexo 10. Consideraciones sobre rendimientos de atención ambulatoria. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-10-CONSIDERACIONES-SOBRE-RENDIMIENTOS-DE-ATENCI%C3%93N-AMBULATORIA.pdf>

Núñez, C., Reinoso, L., Raies, C. & Fuentes, P. (2017). Conociendo el rol del tutor clínico en profundidad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(3), 356-363. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a12>

Ojeda, M., Santos, E. & Damiani, P. (2020). Experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud en Punta Arenas, Chile. *Texto & contexto - Enfermagem* 29(spe), e20190276. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0276>

Okuda, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&tlang=es.

Organización Internacional para las Migraciones. (2023). Términos Fundamentales sobre Migración. Recuperado de: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion#migracion>

Pla M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención primaria*, 24(5), 295-300. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>

Rivera, D., Silva, M. & Zúñiga, C. (2019). Percepción de la atención de salud del usuario inmigrante en el CESFAM rural de Niebla, entre marzo y diciembre 2019, Valdivia Chile. [Tesis de pregrado, Universidad Austral de Chile]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2019/fmr621p/doc/fmr621p.pdf>.

Sepúlveda, C. (2019). Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago. [Tesis de magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170509>

Suárez, JA., Gómez, Y., Gutiérrez, M., Crespo, GM. (2012). La preparación pedagógica, necesidad impostergable para los tutores en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. *EDUMECENTRO*, 4(3), 105-115. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000300012&lng=es&tlang=es

Universidad de Chile. (2022). Programa de curso internado atención primaria. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién nacido, Facultad de Medicina.

Universidad de Chile. (2023). Obstetricia y Puericultura. <https://uchile.cl/carreras/5015/obstetricia-y-puericultura>

Universidad de Chile. (2020). Docencia Clínica para Matronas y Madres. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién nacido, Facultad de Medicina. Recuperado de <https://www.uchile.cl/dam/jcr:442c6848-c3cc-425b-8a9c-ca-c358481e6b/Bolet%C3%ADn.pdf>

Velasco, C., Vinasco, A. & Trilla, A. (2016). Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Atención Primaria*, 48(3), 149-158. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>

Asociación de edad materna avanzada con resultados materno-perinatales en gestantes de un hospital público en Santiago de Chile.

Association of advanced maternal age with maternal-perinatal outcomes in pregnant women in a public hospital in Santiago de Chile.

Camila Ortega-Colihuina¹, Fernanda Mellado-López¹, Jovita Ortiz-Contreras^{2*}, Loreto Villanueva-Pavón²

¹Licenciada en Obstetricia, Escuela de Obstetricia,

Dpto. de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Chile.

²Matrona, Académica, Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Chile.

*Autor para correspondencia: jortizc@uchile.cl

RECIBIDO: 05 de Septiembre de 2023



APROBADO: 16 de Enero de 2024

DOI: 10.22370/revmat.1.2023.3878

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Edad materna, morbilidad, embarazo.

Key words: Maternal age, morbidity, pregnancy.

RESUMEN

Introducción: Chile es un país latinoamericano en etapa IV de transición obstétrica, con gestaciones en edad materna avanzada (EMA), lo cual podría influir en resultados maternos y perinatales.

Objetivo: determinar la prevalencia de gestaciones EMA y su asociación con resultados maternos y perinatales en gestantes chilenas y migrantes de un hospital público en Santiago de Chile, entre enero y julio de 2017.

Material y métodos: estudio transversal analítico en 2.362 gestantes de un hospital público de Santiago. Datos obtenidos de base autorizada por un comité de ética. Se realizó un análisis comparativo mediante Stata 14.0. Se utilizó Chi cuadrado para analizar las variables cualitativas y se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se calculó OR con un IC de 95%.

Resultados: el promedio de edad de las gestantes con EMA fue de $37,9 \pm 2,59$. La EMA se asoció con escolaridad <12 a años de estudio, encontrarse con

pareja, obesidad al ingreso de la atención prenatal y, al momento del parto, hipertensión arterial, diabetes pregestacional y gestacional, multiparidad y síndrome hipertensivo inducido por el embarazo. Asimismo, tuvieron más probabilidad de cesárea, presentaron parto prematuro e hijos con bajo peso al nacer. Las mujeres sin EMA, tuvieron mayor probabilidad de estar con sobrepeso.

Conclusión: si bien las mujeres con EMA tienen condiciones maternas y perinatales acordes a la etapa de transición obstétrica avanzada, se requiere también atención de las mujeres sin EMA, ya que éstas presentan estados de sobrepeso que dan cuenta de un acelerado avance a un perfil nutricional de mayor riesgo perinatal.

ABSTRACT

Introduction: Chile is a Latin American country in stage IV of obstetric transition, characterized by an increasing number of pregnancies occurring at advanced maternal age (AMA), which may influence maternal and perinatal outcomes.

Objective: determine the prevalence of AMA pregnancies and their association with maternal and perinatal outcomes in Chilean pregnant women and migrants from a public hospital in Santiago de Chile between January and July 2017.

Materials and methods: analytical cross-sectional study was designed, including 2,362 pregnant women from a public hospital in Santiago, after the ethics committee approval. A comparative analysis was conducted, using the Chi-square test to analyze qualitative variables, with a p-value of <0.05 considered statistically significant. Odds ratios (OR) with a 95% confidence interval (CI) were calculated using Stata 14.0.

Results: the average age of pregnant women with AMA was 37.9 ± 2.59 years. AMA was associated with less than 12 years of education, being in a relationship, obesity at the beginning of prenatal care and at the time of delivery, high blood pressure, pregestational and gestational diabetes, multiparity, and pregnancy-induced hypertensive syndrome. Additionally, women with AMA had a higher likelihood of undergoing cesarean section, experiencing preterm birth, and giving birth to low-birth-weight infants. Women without AMA were more likely to be overweight.

Conclusion: while women with AMA exhibit maternal and perinatal conditions consistent with the advanced obstetric transition stage, attention is also required for women without AMA, as they are more likely to be overweight, indicating an accelerated progression toward a nutritional profile associated with higher perinatal risk.

INTRODUCCIÓN

En países de medianos y altos ingresos existe una tendencia a la postergación de la maternidad, la cual, desde 2002, supera en promedio los treinta años (1-2), provocando un fuerte impacto en las tasas de fecundidad de la región (3).

Chile es uno de los países latinoamericanos que más ha disminuido su tasa global de fecundidad. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ésta bajó de 5,4 en 1960 a 1,68 en 2017, generando un perfil demográfico cercano al europeo (3). Sumado a esto, la composición demográfica ha ido cambiando producto de un aumento de la esperanza de vida, la

disminución de la mortalidad y de la natalidad, excepto en la población migrante, que ha aumentado la proporción de nacimientos en el país (4).

Las actuales características demográficas y los cambios epidemiológicos observados, como la baja tasa de fecundidad y la moderada o baja tasa de mortalidad materna (donde las causas indirectas han aumentado respecto a las directas) y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (5), le otorgan a Chile características propias de un país en Etapa IV de transición obstétrica (6). Dicha etapa da cuenta de problemáticas relacionadas con el uso irracional de tecnologías en la atención y -con ello- de una alta tasa de cesáreas, posicionando al país como uno de los pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con mayor proporción de éstas (7).

Destacan como factores vinculados a la postergación de la maternidad en las mujeres chilenas el acceso a un mayor nivel educacional respecto a décadas anteriores (8), el avance en la atención de salud sexual y reproductiva, además del acceso a métodos anticonceptivos (1,9-12), lo que ha favorecido su inserción en el mundo laboral y cambio en su rol social. Adicionalmente, el nivel socioeconómico tendría una asociación directa con la postergación de la maternidad (11-13), lo cual también se ha observado en países como Inglaterra y Gales, donde las mujeres con mayores ingresos y altos cargos laborales pospusieron su maternidad, apreciándose un aumento en las tasas de fecundidad por sobre los 35 años (1). Asimismo, se han modificado las expectativas asociadas a las relaciones de pareja y la visión del matrimonio (9).

Una de las definiciones de edad materna avanzada (EMA) fue realizada en 1958 por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), como aquella gestación que se cursa con una edad igual o mayor a 35 años (14). En relación con esto, de los 219.186 nacidos vivos registrados en Chile en 2017, 43.174 fueron hijos de mujeres mayores de 35 años, cifra equivalente al 19,69% (15).

A su vez, al hablar de resultados maternos-perinatales se hace referencia al estado en que evoluciona y acaba la gestación tras enfrentarse o no, a diversos factores que pueden incidir en la salud del binomio madre-hijo (16).

En la literatura se describen diversos riesgos asociados a gestaciones en EMA que implican complicaciones durante el embarazo y el parto, que influyen en la salud de la mujer y del recién nacido (17-20).

Respecto a la mortalidad perinatal, existiría una mayor mortalidad fetal (21-22) y una mayor tasa de abortos espontáneos, llegando a 20% a los 35-39 y al 27% a los 40-44 años (1). Referente a la mortalidad materna, se ha asociado una mayor incidencia, producto de las comorbilidades adquiridas con la edad, como el síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas responsables de 51,1% de las muertes en Chile (23), entre las que destaca el síndrome hipertensivo, la preeclampsia y la diabetes gestacional, observándose que gestantes con EMA entre 35-39 años tienen dos veces más riesgo de padecer ésta última y cuatro veces más en aquellas >40 años, al igual que el riesgo de preeclampsia (22,24-26).

Referente al desarrollo de malformaciones congénitas fetales, habría una mayor incidencia (27). No obstante, este es un tema controversial en la literatura (28).

Adicionalmente, gestaciones con EMA tendrían mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino (25), de parto prematuro, recién nacidos con bajo peso de nacimiento y pequeños para su edad gestacional (27-28).

En relación al término de la gestación, la tasa de cesáreas aumentaría con la edad materna (22,26-27). Sin embargo, no es posible asegurar si es por un aumento en las distocias del trabajo de parto, por la fisiología del envejecimiento, las preferencias de la madre o del proveedor de la atención en salud (25).

Ante la controversia de los resultados, principalmente perinatales, y considerando que los estudios se han realizado en su mayoría en países de mayores ingresos de Europa y Asia con características biosociodemográficas diferentes (1), resulta interesante estudiar la asociación de la EMA con resultados perinatales en población de Chile, toda vez que, como fue anteriormente expuesto, presenta una transición obstétrica avanzada y una postergación de la maternidad, con el propósito de evidenciar el impacto de EMA en la población, actualizando así la literatura disponible a nivel país. Por tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de gestaciones en edad materna avanzada y su asociación con

resultados maternos y perinatales en gestantes chilenas y migrantes de un hospital público en Santiago de Chile, entre enero y julio del 2017.

La hipótesis es que existe asociación entre EMA y resultados maternos y perinatales adversos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio observacional transversal analítico de prevalencia. Se consideró un universo de 3.853 gestantes en base al número de partos registrados durante el primer semestre de 2017 en el hospital público del estudio, el cual se calculó en base al número total de gestantes que tuvieron su parto durante el año del estudio en dicho centro asistencial (29). Se consideró como criterio de inclusión a todas las mujeres que tuvieron parto único en ese hospital, durante el período indicado.

Población de estudio: la población de estudio fue de 2.362 mujeres gestantes, identificadas en el proyecto de investigación “Evaluación de la salud de mujeres chilenas y migrantes en el contexto de atención obstétrica”, en el cual se llevó a cabo la recolección de datos entre enero y julio de 2017. Las mujeres participantes fueron reclutadas de manera probabilística. Se calculó que este número de personas consideradas en la población de estudio representa el 61% del universo estimado en base al número total de partos en el primer semestre en el citado hospital (29). Para evidenciar que la población de estudio era representativa, adicionalmente se calculó el tamaño muestral para población finita (30), considerando un 95% de nivel de confianza, con una proporción esperada de 19, 69% de EMA según datos del Instituto Nacional de Estadística (15), y con una precisión del 0.05 o 5%, lo cual resultó en 229 personas mínimas a estudiar. Se consideró la muestra total de 2.362 mujeres, por ser mayor a la muestra calculada, favoreciendo la precisión del estudio.

Variables: la variable predictora fue la edad materna avanzada (EMA), considerada como aquella mayor o igual a 35 años, según lo descrito por la FIGO (14), caracterizando a las gestantes como con EMA a aquellas con > o = a 35 años y a gestantes sin EMA a las < 35 años.

Las variables sociodemográficas fueron el nivel de escolaridad operacionalizada en años de estudio, categorizados en educación incompleta <12, educación completa 12 y educación superior > 12-. Se

colapsaron los datos obtenidos de las variables situación de pareja (con y sin pareja) y ocupación, que se operacionalizó en sin ocupación (sin actividad remunerada) y con ocupación (actividad remunerada independiente si era una actividad formal o no). Además se consideró la nacionalidad, que fue categorizada como chilena (nacida en Chile) y migrante.

Las variables biológicas y obstétricas fueron el estado nutricional estimado en la primera atención prenatal y al momento del parto. Se consideró a aquellas gestantes desnutridas, con sobrepeso y con obesidad (31), teniendo en cuenta la variable normopeso como referencia para establecer significancia estadística respecto a los otros estados nutricionales. Las variables antecedentes mórbidos maternos fueron categorizadas como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) o diabetes pregestacional (DPG), resistencia a la insulina (IR), e infecciones de transmisión sexual (ITS), todas éstas dicotomizadas en sí/no. De igual modo, se consideró la paridad (primipara/multipara) e ingreso a la atención prenatal (precoz: <12 semanas/ tardío: 12 semanas y más) (32).

Las variables resultados perinatales fueron el parto por cesárea (sí/no) (33) y las patologías de la gestación como síndrome hipertensivo inducido por el embarazo (SHIE). Se consideraron todas las gestantes que tuvieron algún desorden relacionado al cuadro (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, hipertensión transitoria); diabetes gestacional (DG) (>100 mg/dl), anemia (Hemoglobina <11 gr/dl, Hematócrito < 33%), todas dicotomizadas en sí/no.

Dentro de los resultados neonatales se consideró el parto prematuro (sí/no) al ser <37 semanas, y se estableció mediante la edad gestacional pediátrica y en aquellos recién nacidos (RN) en los cuales no se encontraba este dato se utilizó la edad gestacional al parto cuando esta fue segura.

Asimismo, el peso del recién nacido se categorizó como bajo peso al nacer (BPN) (<2500 gr.) (34), y macrosomía (>4000 gr.), en cuanto al diagnóstico del recién nacido se consideró a aquellos pequeños para edad gestacional (PEG), es decir, bajo el percentil 10 en la curva de Alarcón y Pittaluga (35); la variable condición al nacer se construyó en base a la recodificación del Apgar a los 3 minutos, en donde la condición estable se consideró en los recién nacidos que obtuvieron un puntaje Apgar mayor a 7 puntos y

la condición no estable en aquellos que presentaron algún grado de depresión cardiorrespiratoria (menor o igual a 6 puntos).

Recolección de datos: para este estudio se utilizó una base de datos recolectada y utilizada en el proyecto “Evaluación de la salud de mujeres chilenas y migrantes en el contexto de atención obstétrica” del Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y Recién Nacido de la Universidad de Chile. Estos datos fueron recolectados por encuestadores previamente capacitados en la primera etapa del proyecto y fueron obtenidos de la unidad de puerperio del hospital mediante dos fuentes secundarias: la ficha clínica de la gestante y el documento de registro de atención prenatales (agenda de la mujer).

Ánalisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo y comparativo, mediante el software Stata versión 14.0.

Las variables cuantitativas se presentaron en medidas de tendencia central, representadas en promedio, y las variables cualitativas en frecuencia y porcentajes.

Para estimar la asociación entre la variable de exposición y de respuesta, se utilizó la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$.

Para aquellas variables en las que existió una asociación estadísticamente significativa se realizaron modelos lineales crudos, se usó el cálculo de los odds ratios (OR) ya que la mayoría de las proporciones fueron menor al 20%, en cuyo caso se recomienda usar el cálculo de los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, para medir la fuerza de asociación (36). Asimismo, al tratarse de un estudio de carácter retrospectivo la medida de asociación recomendada es el OR (37).

Resultados: Se analizó la información de 2345 mujeres de las cuales un 14,2% (n:332) corresponde a gestantes con EMA. Al observar la distribución de las edades maternas de la población en estudio, se evidencia que, el promedio de edad de las gestantes con EMA fue de $37,9 \pm 2,59$, con un mínimo de 35 y un máximo de 48 años. En cambio, en las gestantes sin EMA el promedio de edad fue de $25,2 \pm 4,78$, con un mínimo de 14 y un máximo de 34 años.

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas, biológicas y obstétricas según condición de EMA.

En ella se observa una diferencia a nivel educacional en las mujeres con <12 años de estudios ($p=0,034$), mientras que, las mujeres sin EMA tuvieron una mayor proporción de mujeres con educación superior ($p=0,013$). En cuanto a la variable nacionalidad, no existe diferencia en la presencia de EMA, sin embargo, del grupo de gestantes en este rango etario, un 34% (n:113) corresponde a mujeres migrantes, y un 66% (n: 219) a mujeres chilenas. Además, en relación con la variable situación de pareja, entre los grupos etarios, las gestantes con EMA se encontraron en mayor proporción con pareja ($p=0,0006$).

Del mismo modo, se observa que las mujeres con EMA tuvieron 2 veces más probabilidad de ingresar a la atención prenatal con obesidad. Con respecto al estado nutricional al momento del parto, las gestantes sin EMA presentaron 1,5 veces más probabilidad de encontrarse en el rango de sobre peso que aquellas gestantes con EMA, mientras que las mujeres con EMA tuvieron una mayor proporción de obesidad, presentando 2 veces más probabilidad de encontrarse en este rango nutricional. La variación porcentual en el estado nutricional de obesidad, entre el ingreso al control y el momento del parto en las gestantes sin EMA fue de un 14,5%, mientras tanto, en aquellas gestantes con EMA esta variación fue de 14,1%.

En cuanto a los antecedentes de morbilidad materna las mujeres con EMA mostraron 4,6 veces más probabilidad de presentar HTA y 3,2 veces más probabilidad de tener DPG.

Respecto a las condiciones obstétricas, al evaluar la paridad de las mujeres con EMA hubo 6,3 veces más de probabilidad de ser multíparas respecto a aquellas sin EMA.

En la tabla 2, en tanto, se presenta la comparación de los resultados maternos y perinatales, en la cual se destaca que, con respecto a las patologías desarrolladas en la gestación, la prevalencia de DG fue significativamente mayor en las gestantes con EMA, siendo 2,3 veces más probable de cursar la gestación con esta patología. Así como también, la probabilidad de presentar SHIE fue 2,7 veces mayor en aquellas gestantes con EMA.

En relación al parto por cesárea, las mujeres con EMA presentaron 1,7 veces más probabilidad de terminar su gestación de esta forma.

Asimismo, referente a los resultados neonatales, se encontró una relación estadísticamente significativa en cuanto al parto prematuro con 1,5 veces más probabilidad de presentarse en hijos de madres con EMA, al igual que la condición de BPN en que fue 1,7 veces más la posibilidad de presentarse en los recién nacidos de estas mujeres.

DISCUSIÓN

En este estudio se observó que el porcentaje de mujeres con EMA fue un 14,2%, lo cual es similar a lo señalado en otros estudios previos realizados en Chile (23,38-40), si bien difieren de los datos presentados por el INE en el último reporte (41).

Las gestantes con EMA en este estudio presentaron en su mayoría, una proporción menor o igual a 12 años de escolaridad, característica que concuerda con aquella observada en países latinoamericanos como Perú, Brasil y México (42-44). Sin embargo, difiere de lo observado en algunos países de mayores ingresos, lo cual plantea un hallazgo importante, generándose controversia con lo descrito en la literatura y mencionado anteriormente (1,12,45-46).

En relación a la situación de pareja, se encontró que la mayoría de las mujeres con EMA estaban con pareja al momento de la gestación. Sin embargo, si bien en la literatura se describen porcentajes similares al presente estudio, en dicha evidencia no se encontró asociación (18,40,43-44). Chile ha ido transitando desde una estructura social, cultural y religiosa de concebir a los hijos en el contexto de una relación matrimonial (47), lo cual podría explicar que las gestantes con EMA se encontrarán principalmente en una situación de pareja, respecto a las gestantes de menor edad y nuevas generaciones.

Sumado a lo anterior, en estos hallazgos las gestantes con EMA presentaron más probabilidad de padecer obesidad en diferentes momentos de la gestación, lo que concuerda con estudios previos (38,48), pudiendo explicarse dado a la mayor tendencia de las mujeres a tener sobre peso u obesidad a medida que va transcurriendo su curso de vida, lo que se ve favorecido por los cambios hormonales durante este (49), la genética y una menor oxidación

de los lípidos, a diferencia de los hombres (50), lo cual hace sinergia con factores psicosociales obesogénicos de especial relevancia en las mujeres.

Las gestantes sin EMA al ingresar a la atención prenatal presentaron un mayor porcentaje de bajo peso y normopeso respecto a las con EMA, por ende, es ésta una población en la cual se vuelve necesario intervenir tempranamente con medidas orientadas a prevenir la transición hacia sobre peso y obesidad durante la gestación y posterior a ella, principalmente considerando que el porcentaje de transición desde el ingreso a atención prenatal fue similar en ambos grupos. Lo anterior se torna aún más relevante considerando que la obesidad es factor de riesgo para trastornos metabólicos (51) los que a su vez podrían no solo incidir en la mortalidad materna (43-54), sino también en la salud de las siguientes generaciones (55,56).

Por su parte, si bien patologías como HTA y DPG fueron más prevalentes en mujeres con EMA, no existió diferencia en la proporción de mujeres con IR, lo cual refuerza la necesidad de estrategias orientadas a evitar el avance de la condición a un estado de DM tipo II (57), en ambos grupos.

En relación a la paridad, si bien estos resultados arrojaron que las mujeres con EMA son principalmente multíparas, similar a estudios latinoamericanos que evidencian un predominio de gestantes con esta característica (19,42,48), esto es controversial en la literatura, ya que, en países de mayor desarrollo, las gestantes con EMA serían principalmente primíparas o cursarían su primera gestación en este rango etario (1,57).

Sin embargo, al observar las tasas de fecundidad en Chile, siendo 1,61 al 2020 (41), versus otros países de mayores ingresos como Inglaterra, con una tasa de fecundidad de 1,56, o España con 1,23 (58), se aprecia que no existe mayor diferencia entre éstas, lo que hace suponer que existen otros factores biosociodemográficos influyentes, que explicarían por qué las multíparas con EMA superarían a las primíparas en el país. No obstante, en el presente estudio no se abordó la edad en que las gestantes tuvieron su primer hijo, pudiendo haber sido ésta igualmente a una EMA.

De igual manera, este fenómeno se podría explicar por las características sociales y culturales de la población residente en Chile, en la que existe

una presión social hacia las mujeres de tener hijos o completar una paridad vista como ideal al cumplir cierta edad (59).

Es relevante considerar estos resultados, ya que, se ha observado relación entre la multiparidad y la presentación de morbilidad durante la gestación (60-61), lo que se adicionaría al factor edad, sin embargo, en este estudio no se realizó ajuste por estas variables, por tanto, no es posible determinar su asociación independiente. Asimismo, en relación con el desarrollo de patologías durante la gestación, se encontró que las gestantes con EMA presentaron mayor proporción de DG y SHIE, lo cual es concordante con la literatura encontrada (22,24-26,38).

Respecto al tipo de parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció la tasa de cesárea ideal entre un 10% a 15% (62), y Chile presentó al año 2017 una tasa de 47% que aumentó a 59% al 2021 (7,63), ubicándolo dentro de los países con mayor índice de cesáreas de la OCDE (7). En la misma línea, los resultados arrojaron que, la proporción de cesáreas fue mayor en mujeres con EMA, similar a lo que se ha observado en otros estudios tanto de Latinoamérica como de fuera del continente (22,24-26,39,42). Este nivel de cesáreas podría estar relacionado con lo identificado anteriormente, ya que, es un grupo poblacional con mayor probabilidad de tener diferentes patologías concomitantes con la gestación, así como cesáreas anteriores que les predisponen a terminar la gestación en curso por esta vía (7,48).

Dentro de los resultados neonatales se encontró asociación entre EMA y parto prematuro, similar a los resultados observados en la literatura (22,24-25,39,42,44), lo cual podría explicarse debido a la mayor probabilidad de estas mujeres de padecer patologías previas y/o concomitantes con la gestación, las que a su vez se han descrito en la literatura como causas principales de la prematuridad. Entre ellas se encuentran la preeclampsia, hipertensión crónica y diabetes (64). También, se han descrito como causas de parto prematuro en estas mujeres el aumento de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y la mayor prevalencia de restricción de crecimiento intrauterino (65), sin embargo, estas últimas variables no fueron analizadas en este estudio.

En cambio, con respecto a la condición al nacer de los recién nacidos hijos de madre con EMA, se encontró que no existe asociación con esta va-

riable, concordante con estudios internacionales (22,26,38,42,66). Por otra parte, la asociación entre EMA y el BPN encontrada en este estudio, difiere de lo reportado en otros (26,67-68), y respecto a la macrosomía, ésta no tuvo asociación con EMA, discrepando de lo observado en otros estudios (44,66,69-70). Es importante señalar que en este estudio no se realizó ajuste de las posibles variables interviniéntes, por lo cual no es posible determinar si es EMA por sí mismo, o la mayor prevalencia de otras condiciones, la responsable de dichos resultados.

CONCLUSIÓN

En la población en estudio la prevalencia de EMA fue menor a la del país, existiendo asociación entre edad materna y resultados maternos y perinatales, como DG, SHIE, parto prematuro, mayor probabilidad de cesárea y recién nacidos con BPN. Adicionalmente, se registraron resultados que dan cuenta de condiciones como la similitud en ambos grupos de evolución hacia obesidad desde el ingreso a atención prenatal y de estados pre-diabéticos como la insulinoresistencia, dan cuenta de la necesidad de implementar estrategias preventivas en todos los niveles, para evitar la progresión de las condiciones adversas en el curso de vida.

Esto plantea nuevos desafíos en cara a la transición obstétrica en la cual se encuentra Chile, siendo relevante impulsar e implementar acciones de promoción, prevención y educación en salud, ya que, como indican los resultados, las mujeres gestantes con EMA presentan una suma de factores independientes de la edad a la cual gestan, los cuales son posible de prevenir, como las comorbilidades, que afectan su salud, la de sus recién nacidos y futuras generaciones. Sumado a esto, se debe relevar el papel del control preconcepcional para propiciar que las mujeres lleguen a la gestación lo más saludables posible, y a su vez, potenciar el control prenatal y el rol de los profesionales matrones y matronas con un enfoque preventivo en dichas prestaciones.

Las limitaciones de este estudio son que los datos fueron recolectados desde una base de datos preexistente. Sin embargo, los resultados concuerdan con los registrados en la literatura.

Se debe tener presente que se consideraron dos formas para determinar la edad gestacional en los recién nacidos, lo que podría provocar un sesgo en la operacionalización de la variable parto prematuro.

Se considera que hubiera sido provechoso tener en cuenta otras variables de interés como indagar una mayor variedad de resultados neonatales, sin embargo, esto queda como desafío y se podría considerar en futuros estudios.

ASPECTOS ÉTICOS

Como fue mencionado, este estudio fue realizado a partir de una base de datos de un proyecto llevado a cabo el año 2017, en el cual todas las participantes firmaron su consentimiento informado, autorizando la recolección de forma anónima de sus datos. Dicho estudio fue autorizado por el Comité de Ética de Investigación del Servicio Metropolitano Central y Norte de Investigación de Santiago, con resolución N.º 036/2016.

Durante este estudio se respetaron los criterios de confidencialidad, ya que, se trabajó solamente con codificación y sin los datos de las mujeres, respetando todos los elementos de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

PRESUPUESTO

Sin financiamiento

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecernos mutuamente por el apoyo, trabajo, constancia y responsabilidad al comprometernos con este trabajo de investigación, asimismo, a nuestras familias y a todos aquellos quienes fueron parte de este largo proceso de gestación del presente proyecto. De igual modo, agradecemos a nuestra tutora Jovita Ortiz por su apoyo, orientación y generosidad, al compartir con nosotras su conocimiento en el tema y confiarnos la base de datos del proyecto “Evaluación de la salud de mujeres chilenas y migrantes en el contexto de atención obstétrica” del año 2017, para poder llevar a cabo este análisis. También queremos reconocer el valioso aporte de la profesora Loreto Villanueva a través de las asesorías del análisis estadístico y sus generosas palabras de ánimo en el transcurso de cada reunión realizada.

REFERENCIAS

1. **Fuentes A, Sequeira K, Tapia-Pizarrro A.** Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. *Rev. Med. Clin. Condes* [Internet]. 2021 [citado el 20 de junio de 2021]; 32(2): 146-160. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000183>
2. **Instituto Nacional de Estadística España.** Indicadores de Fecundidad [Internet]. 2021 [citado el 20 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
3. **United Nations.** World fertility and family planning, highlights [Internet]. 2020 [citado el 20 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World_Fertility_and_Family_Planning_2020_Highlights.pdf
4. **Instituto Nacional de Estadísticas.** Nacimientos de madres extranjeras crecen y alcanzan el 14% en Chile [Internet]. 2021 [citado el 20 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2021/01/11/nacimientos-de-madres-extranjeras-crecen-y-alcanzan-el-14-en-chile>
5. **Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al.** Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG* [Internet]. 2014 [citado el 18 de junio de 2022]; 121(1):1-4. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12735>
6. **Chaves Sda C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al.** Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado el 20 de junio de 2021]; 37(4-5):203-10. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9148/v37n4-5a03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. **Ministerio de Salud (MINSAL).** Norma técnica y administrativa monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>
8. **Montilva M.** Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Rev. Utopía y Praxis Latinoamericana* [Internet]. 2008 [citado el 18 de junio de 2021]; 13(41):69-79. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1315-52162008000200004&script=sci_arttext
9. **Benítez M.** La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Rev. Novedades en Población* [Internet]. 2017 [citado el 18 de junio de 2021]; 13(26), 58-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782017000200005&script=sci_arttext
10. **Goldin C, Katz LF.** The Power of the Pill: Oral Contraceptives and Women's Career and Marriage Decisions. *J Polit Econ* [Internet]. 2002 [citado el 08 de marzo de 2022]; 110(4):730-770. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/340778>
11. **Mills M, Rindfuss R, McDonald P, Velde E.** Why do people postpone parenthood? *Rev. Human Reproduction Update* [Internet]. 2011 [citado el 08 de marzo de 2022]; 17(6):848-860. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr026>
12. **Dias J, Loewen M, Kissula S, Vieira F.** The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado el 08 de marzo de 2022]; 50(3): 0512-0521. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/1FM3Q7h8Q55PmtBYZZDqwjwm/?lang=en>
13. **Fuentes A, Jesam C, Devoto L, Angarita B, Galleguillos A, Torres A, et al.** Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2010 [citado el 20 de junio de 2021]; 138(10): 1240-1245. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100005&lng=en
14. **Wang Y, Tanbo T, Åbyholm T, Henriksen T.** The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2011 [citado el 23 de septiembre de 2021]; 284(1):31-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3112324/>

15. **Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.** Anuario de estadísticas vitales [Internet]. 2017 [citado el 18 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
16. **García-Tizón Larroca, S.** El origen materno y su influencia en el resultado materno-perinatal [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid [Internet]. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=290570>
17. **Claramonte M, Meler E, García S. et al.** Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado el 18 de junio de 2021]; 19(1):342. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2415-3>
18. **Macías Villa HL, Moguel Hernández A, Iglesias Leboreiro J, et al.** Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta médica. Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [citado el 09 de marzo de 2022];16(2):125-132. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79775>
19. **Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR.** La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 [citado el 09 de marzo de 2022]; 19(5): 789-802. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500004&lng=es.
20. **Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A.** La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2011 [citado el 08 de marzo de 2022];54(11):575-80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-S030450131003128>
21. **Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP.** Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [citado el 08 de marzo de 2022];12(10): e0186287. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287>
22. **Guarda Montori M, Álvarez Martínez A, Luna Álvarez C, Abadía Cuchí N, Mateo Alcalá P, Ruiz-Martínez S.** Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cohort study. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2021 [citado el 08 de marzo de 2022];60(1):119-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.018>
23. **Donoso E, Carvajal J.** El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012 [citado el 20 de junio de 2021]; 140(10): 1253-1262. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000003
24. **Attali E, Yoge Y.** The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2021 [citado el 21 de junio de 2021]; 70:2-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300961>
25. **Frick AP.** Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2021 [citado el 22 de junio de 2022]; 70:92-100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420301127>
26. **Kahveci B, Melekoglu R, Evruke IC, Cetin C.** The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado el 22 de junio de 2021];18(1):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1984-x>
27. **Martínez-Galiano JM.** La maternidad en madres de 40 años. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado el 23 de junio de 2021];42(3):451-458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300012&lng=es.
28. **Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Lauridsen LLB, Roos L, Ramlau-Hansen CH, et al.** Risk of adverse pregnancy outcomes at advanced maternal age. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [citado el 23 de junio de 2021];131(3):457-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002504>
29. **Hospital San José.** Cuenta Pública Gestión 2021 [Internet]. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://complejohospitalario-sanjose.cl/wp-content/uploads/2022/06/cuenta-publica-2021_baja.pdf
30. **Aguilar-Barojas S.** Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2005 [citado el 26 de septiembre de 2021];11(1-2):333-338. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/48711206.pdf>
31. **Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea A.** Proposal of a new standard for the nutritional assessment of pregnant women. *Rev Med Chil* [Internet]. 1997 [citado el 27 de septiembre de 2022];125(12): 1429-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9609018/>
32. **Organización Panamericana de la Salud (PAHO).** Atención prenatal en atención primaria de la salud [Internet]. 2010 [citado el 10 julio de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/canada/dmddocuments/APSprenatalGuia_1.pdf
33. **Pérez T, Cesárea.** [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia?id=1656> .
34. **World Health Organization (WHO).** Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief. Geneva: WHO [Internet]. 2014 [citado el 13 de julio de 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149020/2/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?ua=1
35. **Milad MA, Novoa P JM, Fabres JB, Margarita Samamé MM, Aspíllaga CM, Rama de Neonatología D, et al.** Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2010 [citado el 12 de julio de 2022];81(3):264-74. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rkp/v81n3/art11.pdf>
36. **Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín M.I, Redigor E, Borrell C, Fernández E.** ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit* [Internet]. 2003 [citado el 26 de septiembre de 2021];17:70-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71694-X](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71694-X)
37. **Dagnino J.** Riesgo relativo y odds ratio (razón de ventajas). *Rev Chil Anest* [Internet]. 2014 [citado el 26 de septiembre de 2021];43:317-321. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n04.10.pdf>
38. **Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L.** Riesgo Obstétrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev. chil. obstet. ginecol* [Internet]. 2009 [citado 16 de julio de 2022]; 74(6):331-338. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es
39. **Ramírez C, Nazer J, Cifuentes L, Águila A, Gutiérrez R.** Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbilidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol* [Internet]. 2012 [citado el 16 de julio de 2022];77(3):183-189. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300003
40. **Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, et al.** Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG* [Internet]. 2014 [citado el 18 de julio de 2022]; 121 (1): 49-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12659>
41. **Instituto Nacional de Estadísticas. ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES.** Período de información: 2020 [Internet]. 2023 [citado 15 de julio de 2023];15-22. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2020.pdf?sfvrsn=6fb93518_4
42. **Ayala-Moreno D, Luna-Figueroa A, Ayala-Peralta F, Guevara-Ríos E, Carranza-Asmat C, Quiñones-Pereyra EY, Ayala-Palomino R, Quiñones-Vásquez LA.** Embarazo en edad materna avanzada: resultados perinatales. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2017 [citado 16

de julio de 2022];6(1):17-21. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/72>

43. Dias Aldrighi J, da Silva Ribeiro S, Kachel Chemim A, Loewen Wall M, Spiegelberg Zuge S, Aparecida Piler A. Ocorrência de Complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2021 [citado el 20 julio de 2022];35: e43083. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502021000100334&lng=pt

44. Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Evid Med Invest Salud* [Internet]. 2014 [citado el 16 de julio de 2022];7(3):110-113. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56142>

45. Li H, Nawsherwan, Fan C, et al. The trend in delayed childbearing and its potential consequences on pregnancy outcomes: a single center 9-years retrospective cohort study in Hubei, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [citado el 18 de julio de 2022]; 22(1): 514. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04807-8>

46. Southby C, Cooke A, Lavender T. 'It's now or never'—nulliparous women's experiences of pregnancy at advanced maternal age: A grounded theory study. *Midwifery* [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2022]; 68:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.006>

47. Universidad Diego Portales. Teoría del aislamiento: Por qué todavía hay chilenos que se casan por presión social [Internet]. 2018 [citado el 02 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://socialesehistoria.udp.cl/teoria-del-aislamiento-por-que-todavia-hay-chilenos-que-se-casan-por-presion-social/>

48. Moya Toneut C, Garaboto García ME, Moré Vega A, Borges Fernández R, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 [citado el 20 de julio de 2022]; 43(2):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200009&lng=es

49. Barrios Y, Díaz N, Meertens L, Naddaf G., Solano L, Fernández M.ª et al. Leptina sérica, su relación con peso y distribución de grasa corporal en mujeres posmenopáusicas. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2010 [citado 31 de octubre del 2022]; 25(1):80-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-1611201000100012&lng=es

50. Pizzi R, Fung L. Obesidad y mujer. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2015 [citado el 31 de octubre del 2022];75(4):221-224. Disponible en: http://ve.scieno.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400001&lng=es

51. Teefey CP, Durnwald CP. Strategies to reduce disparities in maternal morbidity and mortality: The role of obesity and metabolic disease. *Seminars in Perinatology* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022];41(5):287-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.04.005>

52. Saucedo M, Esteves-Pereira AP, Pencolé L, Rigouzzo A, Proust A, Bouvier-Colle MH, et al. Understanding maternal mortality in women with obesity and the role of care they receive: a national case-control study. *International Journal of Obesity* [Internet]. 2020 [citado el 16 de Julio de 2022];45(1):258-65. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41366-020-00691-4>

53. Vera C, Donoso E. Desaceleración en la reducción de la mortalidad materna en Chile impide alcanzar el 5º Objetivo de Desarrollo del Milenio. *ARS med* [Internet]. 2019 [citado 16 de julio de 2022];44(1):13-20. Disponible en: <https://173.236.243.65/index.php/MED/article/view/1526>

54. González Sáenz M, Soto Cerdas J. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022];34(1):112-119. Disponible en: http://www.scieno.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100112&lng=en

55. Nobile S, Di Sipio Morgia C, Vento G. Perinatal Origins of Adult Disease and Opportunities for Health Promotion: A Narrative Review. *J Pers Med* [Internet]. 2022 [citado 15 de julio de 2023];12(2):157. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/2/157>

56. Garduño-Espinosa J, Ávila-Montiel D, Quezada-García AG, Merelo-Arias CA, Torres-Rodríguez V, Muñoz-Hernández O. La obesidad y el genotipo ahorrador. Determinismo biológico y social versus libre albedrío. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2019 [citado 15 de julio de 2023];76(3):106-12. Disponible en: https://www.bmhim.com/frame_esp.php?id=79

57. Kumar S, Maiya AG, Shastry BA, Vaishali K, Ravishankar N, Hazari A, et al. Exercise and insulin resistance in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022];62(2):98-103. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.11.001>

58. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de España [Internet]. 2020 [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario20/anu20_completo.pdf

59. Muñiz Gallardo E, Ramos Tovar M. Previsión social para ser madre hacia mujeres académicas sin hijos. *Nóesis. Revista de ciencias sociales* [Internet]. 2019 [citado el 02 de diciembre de 2022]; 28(55): 64-87. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-86692019000100064

60. Huilca-Briceño A, Romani-Varillas M. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2016 [citado el 16 julio de 2022];42 (2). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/53>

61. Ticlla Cabrera JM. Multiparidad para factor de riesgo para el desarrollo preeclampsia severa en pacientes del hospital Jose Soto Cadenillas de Chota-Cajamarca en el periodo Diciembre 2018-Noviembre 2019 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad privada Antenor Orrego [Internet]. 2020 [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/6665>

62. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. 2015 [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-RHR-15.02>

63. Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. Reportaje: Los riesgos detrás de las numerosas cesáreas practicadas en Chile [Internet]. 2023 [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ovo Chile.cl/noticias/reportaje-los-riesgos-detrás-de-las-numerosas-cesareas-practicadas-en-chile/>

64. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río M, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2012 [citado el 02 de diciembre 2022];140(1): 19-29. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003

65. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [citado el 02 de diciembre de 2022]; 12(10): 1-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287>

66. María-Ortiz JS, Álvarez-Silvares E, Alves-Pérez MT, García-Lavandeira S. Desenlaces maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada. *Ginecol. obstet. Méx.* [Internet]. 2020 [citado el 16 de julio de 2022]; 88(2):80-91. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412020000200080&script=sci_arttext

67. Goisis A, Remes H, Barclay K, Martikainen P, Myrskylä M. Advanced Maternal Age and the Risk of Low Birth Weight and Preterm Delivery: a Within-Family Analysis Using Finnish Population Registers. *American Journal of Epidemiology* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022]; 186(11):1219-1226. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx177>

68. Paredes CE, Navarro SZ. Efecto de la edad materna avanzada sobre el trabajo de parto y el recién nacido, Hospital de Barranca, 2008-2009. *AS* [Internet]. 2012 [citado el 17 de julio de 2022]; 5(2): 24-2. Disponible en: http://revistas.unasam.edu.pe/index.php/Aporte_Santiaguino/article/view/550

69. Londoño-Sierra DC, Mardones F, Restrepo-Mesa SL. Factores maternos y ganancia de peso en un grupo de gestantes con recién nacidos macrosómicos. *Perspect Nut Hum* [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022]; 10(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19385026.2021.629000>

el 16 de julio de 2022]; 23(1):53-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082021000100053

70. Ayala Peralta FD, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez M, Ayala Moreno D. Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2021 [citado el 16 de Julio de 2022];48(1):21-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.09.004>

ANEXOS

Tabla 1: Comparación de variables sociodemográficas, biológicas y obstétricas en mujeres gestantes con edad materna avanzada y sin edad materna avanzada en Chile entre Enero y Julio del 2017/ Table 1: Comparison of sociodemographic, biological and obstetric variables in pregnant women with advanced maternal age and without advanced maternal age in Chile between January and July 2017

Variables	Gestantes <35 años		Gestantes >35 años		Valor de p*	OR (IC 95%)
	n	%	n	%		
Escolaridad						
< 12 años	718	36	138	42,1	0,034*	-
12 años	733	36,7	122	37,2	0,874	-
Ed. Superior	544	27,3	68	20,7	0,013*	-
Nacionalidad						
Migrante	653	32,4	113	34	-	-
Chilena	1360	67,6	219	66	-	-
Ocupación						
Con ocupación	1839	91,5	291	88,2	-	-
Sin ocupación	171	8,5	39	11,8	-	-
Situación de pareja						
Con pareja	1486	74,1	273	83	-	-
Sin pareja	520	25,9	56	17	-	-
Estado nutricional en primera atención prenatal						
Bajo peso	163	8,3	12	3,75	0,1119	-
Normopeso	719	36,6	88	27,5	Referencia	Referencia
Sobrepeso	583	29,7	96	30	0,06	-
Obesidad	497	25,3	124	38,8	< 0,0001*	2,03 (1,51-2,74)
Estado nutricional al parto						
Bajo peso	95	4,8	9	2,8	0,77	-
Normopeso	550	27,6	58	17,7	Referencia	Referencia
Sobrepeso	556	27,9	87	26,6	0,02*	1,48 (1,04-2,11)
Obesidad	794	39,8	173	52,9	< 0,0001*	2,06 (1,5-2,83)
Antecedentes mórbidos maternos						
ITS	64	3,2	11	3,3	0,898	-
HTA	30	1,5	22	6,6	< 0,0001*	4,69 (2,67-8,24)
DPG	19	0,9	10	3,0	0,002*	3,26 (1,5- 7,07)
IR	24	1,2	5	1,5	0,632	-

Variables	Gestantes <35 años		Gestantes >35 años		Valor de p*	OR (IC 95%)
	n	%	n	%		
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS						
Paridad					< 0,0001*	
Primípara	878	43,6	36	10,8	-	-
Multípara	1135	56,4	296	89,2	6,36 (4,45-9,09)	
Ingreso al control prenatal					0,921	-
Precoz	1.170	58,1	192	57,8	-	-
Tardío	843	41,9	140	42,2	-	-

Valores missing no fueron considerados en el cálculo estadígrafo.

* Valores p con diferencia estadísticamente significativa

Tabla 2: Comparación de resultados maternos y neonatales en mujeres gestantes con edad materna avanzada y sin edad materna avanzada en Chile entre Enero y Julio del 2017/ Table 2: Comparison of maternal and neonatal outcomes in pregnant women with advanced maternal age and without advanced maternal age in Chile between January and July 2017

Variables	Gestantes <35 años		Gestantes >35 años		Valor de p*	OR (IC 95%)
	n	%	n	%		
RESULTADOS PERINATALES						
DG	183	9,1	63	19,0	<0,0001*	2,34 (1,71-3,2)
ANEMIA	135	6,7	21	6,3	0,796	-
SHIE	121	6,0	49	14,8	<0,0001*	2,71 (1,9-3,86)
PARTO PREMATURO	200	2,4	49	14,6	0,008*	1,56 (1,11-2,19)
CESÁREA	524	26,1	127	38,7	<0,0001*	1,79 (1,4-2,28)
RN BPN	149	7,4	40	12	0,005*	1,71 (1,18-2,48)
MACROSOMÍA	136	6,76	29	8,73	0,005	1,32 (0,87-2,01)
RN PEG	226	11,4	45	13,8	0,213	-
CONDICIÓN AL NACER						
Estable	1967	98,6	320	97,59	-	-
No estable	27	1,4	8	2,41	-	-

Valores missing no fueron considerados en el cálculo estadígrafo.

* Valores p con diferencia estadísticamente significativa